HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Carrrera 33 # 28 -126 Teléfono 6910030
NIT 900.006.037-4
Bucaramanga

CUFE:6324357c243fcecefe7d6451569e6d24b4919d21daf99b22c9370085806d8226b034caeed402be08b7f651668ff54b20

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA HUS457370

23 dic. 2025 11:52 a. m.

CLIENTE DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARIA DE SALUD **CODIGO EPS** 68000 **NIT** 890201235
Dirección Calle 37 10 30 **Teléfono** 6970000
Plan U250091 DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARIA DE SALUD Contrato Interadministrativo N.º CO1.PCCNTR.8099127 **Código IPS** 680010079201

Paciente 8902012356 GOBERNACION DE SANTANDER **Tipo** Excepcion
Tipo Doc Cédula_Ciudadanía **Fecha Nac** 27/01/1991 **Edad** 34 Años / 10 Meses / 26 Día **Sexo** Masculino
Dirección CALLE 37 #10 - 36 **Teléfono** 6076910030 **Ingreso** 341152
Fec Ingreso 23 dic. 2025 10:24 a. m. **Fec Egreso** 23 dic. 2025 10:37 a. m. **Usuario** EVM

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
OTROS SERVICIOS					
2020H-10	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N.º CO1.PCCNTR.8099127, CUYO OBJETO ES "REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO: COMPROMISO POR LA GARANTÍA DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, EN SANTANDER	1,00	$ 241.125.000,00	$ 0,00	$ 241.125.000,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 241.125.000,00
VALOR CUOTA COPAGO Y/0 CUOTA MODERADORA	$ 0,00
VALOR ANTICIPO PAGADO POR EL USUARIO	$ 0,00
VALOR CUOTA DE COPAGO Y/O CUOTA MODERADORA ASUMIDA POR EL USUARIO	$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$ 241.125.000,00

TOTAL: DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

NOTAS FINALES:

ERIKA VANESSA MACIAS IRREÑO

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764098334481 DEL 08 sep. 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL HUS417.102 AL HUS500.000. VIGENCIA 08 sep. 2025-08 mar. 2027

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO TAL COMO LO DISPONE EL ARTICULO 774 DEL CODIGO DEL COMERCIO Y UNA VEZ VENCIDO EL PLAZO PARA CANCELAR A QUE SE REFIERE LA LEY 1122 DE 2007, SE CAUSARAN INTERESES MORATORIOS EN LA CUANTIA FIJADA POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA , SOMOS ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y RETENEDORES I.V.A.

República de Colombia Gobernación de Santander	CERTIFICADO TRIBUTARIO (Aplica para Entidades y Empresas)	

Para efectos de la aplicación de los descuentos tributarios, me permito informar bajo la gravedad de juramento que, una vez verificada la ejecución de las actividades económicas del presente cobro, de conformidad con el contrato CO1.PCCNTR.8099127 del 17 de Julio de 2025, me permito certificar que para la aplicación de la Retención en la Fuente sobre Industria y Comercio – RETEICA:

MUNICIPIO(S) DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES	CODIGO REGISTRADO	ACTIVIDAD REGISTRADA	TARIFA A APLICAR	VALOR BASE (ANTES DE IVA)
Bucaramanga	8610	Actividad de hospitales y clínicas con internación	$ 0 Acuerdo 044 del 22 de diciembre de 2008 extendido por la alcaldía de Bucaramanga, Articulo 67, Literal c.	$ 241.125.000

NOTAS: Inserte las filas necesarias de acuerdo con sus actividades contractuales.
Si no aplica el descuento por favor en la celda de tarifa referenciar la norma exacta que así lo autoriza y adjuntar la norma referenciada.

Se firma para tramite de pago, a los veintinueve (29) días del mes de diciembre de 2025.

Firma del Contratista:	
Nombre:	TC (RA) RICARDO ARTURO HOYOS LANZIANO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.
C.C. NO.	900.006.037-4
CORREO ELECTRONICO:	contabilidad@hus.gov.co
TELEFONO DE CONTACTO:	6076910030

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 01

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.8099127 DEL 17 DE JULIO DE 2025
CONTRATO GUANE	2025 00002062
CONTRATISTA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER ESE
Nit O C.C. No.:	900006037
OBJETO:	REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO: COMPROMISO POR LA GARANTIA DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, EN SANTANDER

VALOR INICIAL:	$482,250,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
VALOR TOTAL:	$482,250,000.00

ANTICIPO INICIAL:	$0.00
ANTICIPO ADICIONAL:	$0.00
ANTICIPO TOTAL:	$0.00

AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	$0.00
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	$0.00
AMORTIZACION TOTAL:	$0.00
PLAZO INICIAL:	CIENTO SESENTA Y SIETE (167) DÍAS CALENDARIO
PLAZO ADICIONAL:	NO APLICA
PLAZO TOTAL:	5 MESES Y 17 DÍAS CALENDARIO

SUPERVISOR:	MAYTE GICELA GONZALEZ MENDEZ
Acto Administrativo de Supervisión:	17 DE JULIO DE 2025

NTERVENTOR:	NO APLICA
No. Contrato del Interventor:	
FECHA DE INICIACIÓN:	28/07/2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	14/01/2026

SOLO PARA CONVENIOS	
APORTE ENTIDAD (GOBERNACION):	$0.00
APORTE OTRAS ENTIDADES:	$0.00
VALOR TOTAL CONVENIO:	$0.00

ACTAS DE SUSPENSIÓN:			
No.		Fecha:	
No.		Fecha:	

ACTAS DE REINICIO:			
No.		Fecha:	
No.		Fecha:	

PRORROGAS:

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	
OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	$ 241,125,000.00	No. DE COBROS REALIZADOS:	1	DE	2

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	28/07/2025	HASTA:	13/11/2025

No. del RP:	25005188
Fuente del RP:	SGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA

República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	AP-CCP-RG-03
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÀGINA	2 dE 2

Con base en los informes presentados por EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER ESE, respecto a las actividades ejecutadas y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Departamento de Santander, en calidad de Supervisor, certificó que fueron revisados los informes de actividades del Contratista, los adjuntos presentados con relación al desarrollo y la ejecución de las actividades contractuales. Ver anexos a este informe como soporte de la ejecución contractual y de la revisión realizada por esta Supervisión. (no aplica para contratos de Prestación de Servicios ejecutados por personas naturales).

Así mismo, certificó que fue verificado el cumplimiento de las obligaciones en cuanto al pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales documentados por el Contratista, he hice validación de las planillas y demás soportes que se encuentran cargados en el Secop.

Por lo anterior, se autoriza el pago de la presente acta y se deja constancia que la información aquí suministrada fue verificada, es veraz y cumple con los parámetros establecidos en el Contrato y fue publicada en el SECOP.

Se firma para trámite de pago, a los treinta (30) días del mes de Diciembre de 2025

Firma:_____
Nombre: MAYTE GICELA GONZALEZ MENDEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE RECIBO PARCIAL	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 2

ACTA DE RECIBO PARCIAL Nº 01

TIPO DE CONTRATO:				Interadministrativo.		
CONTRATO No. Y FECHA:				CO1.PCCNTR.8099127 del 17 de Julio de 2025		
CONTRATISTA:				E.S.E Hospital universitario de Santander.		
Nit o C.C. No.				900.006.037-4		
OBJETO:				REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO: COMPROMISO POR LA GARANTIA DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN SANTANDER.		
VALOR INICIAL:				$ 482.250.000		
VALOR ADICIONAL:				N/A		
ANTICIPO INICIAL (XXXX %):				N/A		
ANTICIPO ADICIONAL (XXXX %):				N/A		
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL				N/A		
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC.				N/A		
PLAZO INICIAL:				El plazo de ejecución del presente contrato será desde la suscripción del acta de inicio sin que sobrepase la vigencia fiscal 2025.		
PLAZO ADICIONAL:				N/A		
PORCENTAJE DE EJECUCION:				50%		
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:				N/A		
Nit o C.C. DEL INTERVENTOR				N/A		
SUPERVISOR:				Mayte Gicela González Méndez, Acto Administrativo del 31 de julio de 2025		
FECHA DE INICIACION:				28 de Julio de 2025		
ACTA DE SUSPENSION	Nº	Nº	Nº	N/A	N/A	N/A
ACTA DE REINICIACION	Nº	Nº	Nº	N/A	N/A	N/A
FECHA DE TERMINACION:				14 de enero de 2026		
MUNICIPIO:				Bucaramanga		
OFICINA GESTORA:				Secretaria de Santander		

En Bucaramanga, a los veintinueve (29) días del mes de diciembre de 2025, se reunieron, La DRA. Mayte Gicela González Méndez, en calidad de Supervisor del Departamento y TC (RA) Ricardo Arturo Hoyos Lanziano quien comparece en nombre propio o calidad de Representante legal de la E.S.E Hospital universitario de Santander, como Contratista, con el fin de elaborar la presenta Acta de Recibo Parcial Nº1 correspondiente al periodo (28 de julio de 2025 al 13 de noviembre de 2025) del presente Contrato de acuerdo con las actividades ejecutadas y consignadas en el informe de actividades Nº1, el cual hace parte integral de la presente acta, así como del informe del Supervisor.

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, caja de compensación familiar, ICBF, SENA, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE RECIBO PARCIAL	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	2 de 2

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL No. 1	$ 241.125.000
MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	N/A
MENOS AMORTIZACION DE ANTICIPO XX%	N/A
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 241.125.000**

SON: DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL DE PESOS M/CTE: ($ 241.125.000).

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los veintinueve (29) días del mes diciembre de 2025.

TC (RA) Ricardo Arturo Hoyos Lanziano
CONTRATISTA

Dra. Mayte Gicela González Méndez
SUPERVISOR

República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	1 de 11

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N°1

TIPO DE CONTRATO:	Interadministrativo.
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.8099127 del 17 de Julio de 2025
CONTRATISTA:	E.S.E Hospital universitario de Santander.
Nit o C.C. No.	900.006.037-4
OBJETO:	REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO: COMPROMISO POR LA GARANTIA DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN SANTANDER.
VALOR INICIAL:	$ 482.250.000
VALOR ADICIONAL:	N/A
VALOR TOTAL:	$ 482.250.000
ANTICIPO INICIAL:	N/A
ANTICIPO ADICIONAL:	N/A
ANTICIPO TOTAL:	N/A
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	N/A
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	N/A
PLAZO INICIAL:	El plazo de ejecución del presente contrato será desde la suscripción del acta de inicio sin que sobrepase la vigencia fiscal 2025.
PLAZO ADICIONAL:	N/A
PLAZO TOTAL:	El plazo de ejecución del presente contrato será desde la suscripción del acta de inicio sin que sobrepase la vigencia fiscal 2025.

SUPERVISOR:	Mayte Gicela González Méndez
Acto Administrativo de Supervisión:	Acto Administrativo del 31 de julio de 2025
INTERVENTOR:	N/A
Acto Administrativo de Interventoría:	N/A
FECHA DE INICIACIÓN:	28 de Julio de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	14 de enero de 2026

SOLO PARA CONVENIOS:	
APORTE ENTIDAD (GOBERNACION):	N/A
APORTE OTRAS ENTIDADES:	N/A
VALOR TOTAL CONVENIO:	N/A

ACTAS DE SUSPENSIÓN			
No.	N/A	Fecha:	N/A
No.	N/A	Fecha:	N/A

ACTAS DE REINICIO			
No.	N/A	Fecha:	N/A
No.	N/A	Fecha:	N/A

PRORROGA 01:	N/A

PRORROGA 02:	N/A
PRORROGA 03:	N/A
PRORROGA 04:	N/A
PRORROGA 05:	N/A
PRORROGA 06:	N/A
PRORROGA 07:	N/A

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	N/A

OFICINA GESTORA:	Secretaria de salud de Santander

VALOR A PAGAR:	$ 241.125.000	**No. de cobros realizados:**	**1**	**de**	**2**

Periodo de Pago:	**Desde:**	28 de Julio de 2025	**Hasta:**	13 de noviembre de 2025

No. del RP:	25005188
Fuente del RP:	SGP- salud publica colectiva

VALOR DEL ACTA:	No.	1	$ 241.125.000

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	N/A
MENOS AMORTIZACION DE ANTICIPO XX%	N/A
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 241.125.000**

OBSERVACIONES AL ACTA: (estas observaciones son las digitadas al generar la cuenta desde el Portal de Tramite de cuentas de Guane, cuando tenga una condición atípica en su cuenta).
N/A

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	**Realizar desarrollo de capacidades para hacer diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis b y c** Realizar dos (2) talleres para el desarrollo de capacidades del talento humano en salud. en infección por VIH, Sífilis y Hepatitis virales, socialización de la Resolución 1314 2020, por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano del VIH, Sífilis, Hepatitis B y C y entrenamiento en toma y lectura de pruebas rápidas. 1. Presentar al supervisor del contrato el cronograma de actividades para la ejecución de los talleres planeados en el tiempo establecido para la realización del contrato, determinando las	1. Se elaboro cronograma, plan de trabajo y calendario mensual de	Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	actividades, los tiempos y el responsable de la realización de cada una de ellas. Producto: Cronograma	actividades.	
	2. Realizar dos Talleres virtuales de actualización en VIH/SIDA, asesoría para prueba voluntaria en VIH, actualización en Sífilis y hepatitis virales y toma y lectura de pruebas rápidas de VIH, HB, HC y Sífilis, en el Departamento de Santander	2. Se realizo 1 Taller virtuales de actualización en VIH/SIDA, asesoría para prueba voluntaria en VIH, actualización en Sífilis y hepatitis virales y toma y lectura de pruebas rápidas de VIH, HB, HC y Sífilis, en el Departamento de Santander	Videos y capturas de pantalla
	3. Para el entrenamiento en toma y lectura de pruebas rápidas, se requiere 600 pruebas de HIV 1/2 ab prueba en casete (sangre total / suero / plasma), 600 pruebas sífilis prueba en casete (sangre total / suero / plasma), 600 pruebas de antígeno hepatitis b prueba casete (sangre total / suero / plasma), 600 pruebas de hepatitis c pruebas en casete (sangre total / suero /plasma), 40 batas desechable puño rib, 4 cajas de guantes desechables de látex, 40 tapabocas desechables, 40 gorros desechables, 3 cajas por 200 lancetas en aluminio estériles, 1 litro alcohol antiséptico, 3 recolector de corto punzantes tapa de seguridad 5 lts, 1 rollo de algodón, 1 rollo por 30 mt papel Kraft ecológico.		Elaborar Informe Final de las actividades desarrolladas. soportes de convocatoria, pretest, postest. registros fotográficos, memorias de los talleres, soporte de entregar videos de las memorias a los participantes. Se entrega rotafolios. soportes de entrega de los materiales. listas de asistencia de los participantes. Listados asistencia en físico y en Excel.
	4. Para el desarrollo de la actividad se requiere contar con un equipo técnico que estará conformado por profesionales con capacidad para el desarrollo de los temas priorizados, dada su experiencia y conocimientos, con los siguientes perfiles: Un Profesional en Medicina, con capacitación certificada y experiencia en infección por VIH/SIDA, Un Profesional	Se realiza reunión con el supervisor del contrato para presentación y aprobación de las hojas de vida.	Hojas de vida

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	en Medicina, con capacitación certificada y experiencia en Sífilis y hepatitis virales, Un Profesional en Ciencias Sociales y Humanas con capacitación y experiencia certificada en Asesoría para prueba voluntaria de VIH, APV Producto: Hojas de vida del talento humano requerido.		
2.	**Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+** 1. Presentar al supervisor del contrato el cronograma de actividades para la ejecución de los talleres planeados en el tiempo establecido para la realización del contrato, determinando las actividades, los tiempos y el responsable de la realización de cada una de ellas. 2. Realizar tres (3) Talleres de capacitación y/o actualización de los equipos de salud. 3. de acuerdo con los lineamientos de atención en los servicios de salud, que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTIQ+, documento del UNFPA, ENTERRITORIO, Alcaldía de Bogotá OPS y PNUD y promover el curso virtual para talento humano en salud de atención diferencial en VIH https://forms.gle/CrkzNrSNy837GRYDA. se debe garantizar el apoyo logístico que consiste en alquiler de auditorio o salón con instalaciones adecuadas para la realización del evento, sitio que debe contener mínimo: aire acondicionado, iluminación, con capacidad mínima para 50 personas, dotado con sillas, mesas, papelógrafo, micrófono, sonido, equipo de cómputo, video beam y los demás que sean necesarios para la realización de las actividades. Se debe contar mínimo con una persona que este atenta a la logística	1. Se elaboro cronograma, plan de trabajo y calendario mensual de actividades. 2. Se realizaron tres (3) Talleres de capacitación en los municipios de Bucaramanga, Barrancabermeja y San Gil.	Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. Informe Final de las actividades desarrolladas, soportes de convocatorias. pretest, postest registros fotográficos. certificados guía de atención diferencial en VIH, memorias de los talleres soporte de entregar videos de las memorias a los participantes. soportes de entrega de los materiales. Listados asistencia en físico y en Excel.

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	3. Para el desarrollo de la actividad se requiere contar con un equipo técnico que se desplazará a los municipios priorizados por el supervisor para la realización de las actividades y estará conformado por profesionales con capacidad para el desarrollo de los temas priorizados, dada su experiencia y conocimientos, con los siguientes perfiles: Un Psicólogo con capacitación certificada y experiencia de trabajo con población LGBTIQ+, Un Profesional en Ciencias Sociales y Humanas con capacitación y experiencia certificada en el desarrollo de actividades con población LGBTIQ+ y Un líder o lideresa de la población LGBTIQ+ con experiencia en trabajo comunitario. Producto: Hojas de vida del talento humano requerido	Se realiza reunión con el supervisor del contrato para presentación y aprobación de las hojas de vida.	Hojas de vida
	Realizar desarrollo de capacidades al talento humano de las IPS en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAMP y RPMS para el curso de vida de adolescentes y jóvenes) 1. Presentar Cronograma general de actividades en el tiempo establecido para la realización del contrato, determinando las actividades, los tiempos y el responsable de la realización de cada una de ellas. PRODUCTO: cronograma de actividades general de actividades con el visto bueno del supervisor.	1. Está actividad se presentará en el informe final de actividades	N/A
3.	2. Realizar cinco (5) cursos presenciales que contienen cuatro (4) módulos cada uno de 8 horas mensuales, para mínimo 20 profesionales de la salud de las IPS abordando temas en Anticoncepción, protección para ITS, Atención para el cuidado preconcepcional, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Atención para el cuidado prenatal, Anticoncepción post evento obstétrico, Tamizaje según la RMPS en adolescentes y juventud, Riesgo cardiovascular, entre otros. Se debe entregar material a cada participante, la dinámica debe estar orientada con discusión de casos, además se debe garantizar el apoyo logístico que consiste en convocatoria, alquiler de auditorio o salón con	2. Todos los productos de esta actividad se presentarán en el informe final.	N/A

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	instalaciones adecuadas que debe contener mínimo: aire acondicionado, iluminación, capacidad mínima para 30 personas. dotado con sillas, mesas, papelógrafo, micrófono, sonido, equipo de cómputo, video beam y los demás que sean necesarios para la realización de tas actividades. Se debe contar mínimo con una persona que este atenta a la logística. PRODUCTO: Elaborar Informe final de las actividades desarrolladas en cada curso, soportes de convocatorias, pretest, postest, listados de asistencia, registros fotográficos, soportes de entrega de los materiales utilizados para el desarrollo de los diferentes temas, certificación a los participantes. Todos los documentos deben ser en físico y digitalmente editables. Los listados de reuniones o asistencia que se generan en físico, deben sistematizarse en Excel.		
	3. Cada beneficiado debe contar con permiso de autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) que se generen que serán propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental. PRODUCTO: autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos)	3. Está actividad se presentará en el informe final de actividades.	N/A
	4. Para el desarrollo de la actividad se requiere contar con tos siguientes perfiles: Un Profesional de medicina con especialización en Ginecología, y con experiencia mayor de dos años en temas relacionados. Un Profesional de medicina con especialización en pediatría, y con experiencia mayor de dos años en temas relacionados, Un Profesional de Enfermería con experiencia mayor de dos años en temas relacionados y Un Psicólogo y/o Trabajador Social con experiencia mayor de dos años en temas relacionados. PRODUCTO: Hojas de vida de los perfiles solicitados.	4. Se realiza reunión con el supervisor del contrato para presentación y aprobación de las hojas de vida.	Hojas de vida

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
4.	**Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas** 1. Presentar al supervisor del contrato el cronograma de actividades en el tiempo establecido para la realización del contrato, determinando las actividades, los tiempos y el responsable de la realización de cada una de ellas. Producto: cronograma. 2. Realizar capacitación y entrenamiento de simulación de prácticas que salvan vidas para el manejo de las emergencias obstétricas en los hospitales de baja y mediana complejidad. Se realizarán cuarenta y cuatro (44) talleres de seis (6) horas cada uno en los municipios organizados de la siguiente manera: Bucaramanga y Matanza (3), Floridablanca (4) Piedecuesta y Los Santos (3), Girón y Lebrija (1), Rionegro y El Playón (1), Barrancabermeja (5), Puerto Wilches y Sabana de Torres (1). Landázuri, Puerto Parra y Cimitarra (1), San Vicente de Chucuri (1), El Carmen de Chucuri (1). Zapatoca y Betulia (1), San Gil (2), Mogotes y Onzaga (1), Curití y Aratoca (1). Charalá y Encino (1), Coromoro y Ocamonte (1), Paramo y Valle de San José (1). Barichara y Villanueva (1), Socorro (1), Oiba y Suaita (1), Chima y Simacota (1). Guadalupe y Contratación (1), Galán (1), Vélez y Güepsa (1), Chipatá, La paz (1). Barbosa y Puente Nacional (1), Florián, Albania y la Belleza (1), El peñón, Bolívar, Sucre (1), Málaga y Enciso (1), San Andrés y Guaca (1), Concepción y Cerrito (1). Capitanejo y San José de Miranda (1). En cada taller deberán participar de 1 a 3 IPS según la organización anterior. Se deberá contar con la asistencia del talento humano responsable de la atención de gestantes de las IPS que atienden partos (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería), se deberá hacer la respectiva convocatoria con anticipación para el desplazamiento del talento humano de los hospitales de la red. Esta actividad tendrá como objetivo instruir sobre el manejo de las emergencias obstétricas y	1. Se elaboro cronograma, plan de trabajo y calendario mensual de actividades. 2. Se realizan 28 capacitación. 1. Fundación Oftalmológica de Santander Foscal. 2. E.S.E Hospital de Enciso, Empresa Social del Estado Hospital Regional de García Rovira. 3. E.S.E Hospital San Bartolomé de Capitanejo y E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios. 4. Fundación Cardiovascular de Colombia - Instituto Cardiovascular 5. E.S.E Clínica Guane 6. Clínica Girón E.S.E, E.S.E Hospital San Juan De Dios De Lebrija. 7. Clínica Piedecuesta S.A. 8. E.S.E. Hospital el Carmen. 9. clínica san José S.A.S. 10. Unidad clínica la Magdalena S.A.S, centro de salud con camas el centro. 11. Hospital Local del Norte 12. E.S.E Hospital Regional de Vélez E.S.E Centro de Salud San Roque 13. E.S.E Hospital Integrado San Vicente De Paul E.S.E Hospital San Pedro Claver de Mogotes Santander. 14. E.S.E Hospital Integrado San Roque E.S.E Hospital Juan Pablo II Aratoca. 15. E.S.E Centro de Salud El Peñón Empresa Social del Estado Hospital Local de Bolívar E.S.E Centro De	Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. a. soportes de convocatoria b. Informe de análisis de resultados del pretest y postest, está actividad se presentará en el informe final de actividades. c. ficha técnica de 28 talleres. d. Informe por cada municipio del taller Registros fotográficos, videos, e. Soporte de entrega de materiales a cada IPS. F: Hojas de vida con los perfiles solicitados.

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	para esta actualización se utilizarán los lineamentos del Ministerio de Salud contenidos en el Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna (PARE MM) .Se debe garantizar el apoyo logístico necesario para el desarrollo de la capacitación y entrenamiento en cada municipio que consiste en: La actividad se realizará en las instalaciones de la IPS asignada por el supervisor del contrato, la cual debe tener una capacidad mínima para diez (10) personas participantes. Para el desarrollo del taller se debe contar con la disposición de los maniquíes, ¡material de apoyo para el manejo de las emergencias obstétricas como posters o pendones con la información del manejo del código rojo y de los equipos e insumos necesarios para la simulación, equipos audiovisuales (video beam, computador, sonido). Se debe entregar a cada participante los siguientes materiales materiales (libreta, lapicero, fotocopias, papelería, plegables con recomendaciones de salida para madres, padres ý familiares de los recién nacidos, Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación, parto y puerperio; Escala Obstétrica de alerta temprana, Triage obstétrico, Clasificación de choque hemorrágico y clasificación de la respuesta, Sepsis materna, Hemorragia posparto, Eclampsia e hipertensión inducida por el embarazo y certificado de participación. Entrega de memorias de las presentaciones en una USB por IPS participante y los demás insumos que resulten indispensables para el exitoso desarrollo de las capacitaciones. Para la realización de cada uno talleres de simulación se debe disponer de un (1) profesional ginecobstetra con experiencia mínima de doce (12) meses en manejo de emergencias obstétricas y un (1) profesional en enfermería con experiencia mínima de doce (12) meses en manejo de emergencias obstétricas, los participantes deberán responder el pretest y postest para obtener el certificado de participación.	Salud Sucre. 16. E.S.E. Hospital Integrado San Antonio E.S.E Hospital Integrado San Bernardo 17. Empresa Social del Estado Hospital Regional del Magdalena Medio, centro de salud con camas el castillo 18. Unidad Materno Infantil – UMI 19. Clínica Santa Cruz De La Loma S.A 20. Clínica Materno Infantil San Luis S.A 21. E.S.E Centro De Salud Encino Ese Hospital Luis Carlos Galán Sarmiento De Charalá 22. Hospital San Rafael de Matanza. 23. Hospital Ecopetrol 24. Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de chucuri - servicio de urgencias. 25. E.S.E Centro De Salud Municipio De Paramo E.S.E Hospital San José. 26. E.S.E Hospital San Juan De Dios De Barichara. Empresa Social Del Estado Centro De Salud Camilo Rueda. 27. E.S.E Nuestra Señora De Las Nieves. E.S.E. Hospital Local De Piedecuesta. 28. Hospital Internacional De Colombia.	

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	3. Realizar análisis de los videos de los simulacros de atención en emergencias obstétricas a las setenta y cuatro (74) IPS, posterior al entrenamiento. El análisis deberá ser realizado por un profesional ginecobstetra. Productos: a. videos y ficha técnica del simulacro realizado en las IPS de las emergencias obstétricas con su respectiva retroalimentación. b. informe de la retroalimentación realizada a cada IPS de las actuaciones que se evidencian en los videos con observaciones y sugerencias.	Está actividad se presentará en el informe final de actividades.	N/A

ENTRADA DE ALMACEN – SI APLICA
(Recuerde que todo contrato o convenio que incluya suministro de bienes debe tener el soporte de la entrada)

Fecha:	N/A	No. Entrada:	N/A	Valor:	N/A
Observaciones:	N/A				

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de Contratista declaro bajo la gravedad de juramento, que las planillas y soportes adjuntos, cargados en el Secop, corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, para gestionar el pago del periodo. *(Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, sí requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).*

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	JULIO 2025	AGOSTO 2025
	Fecha de pago	02-07-2025	04-08-2025
	Nº de Planilla	33874727	34236589
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	EPS	NOMINA	NOMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	JUNIO 2025	JULIO 2025
	Fecha de pago	02-07-2025	04-08-2025
	Nº de Planilla	33874727	34236589
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	Fondo de Pensiones	NOMINA	NOMINA
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	JUNIO 2025	JULIO 2025
	Fecha de pago	02-07-2025	04-08-2025
	Nº de Planilla	33874727	34236589
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	A.R.L.	POSITIVA	POSITIVA
PARAFISCALES	SENA	N/A	N/A
	I.C.B.F.	N/A	N/A
	Caja de Compensación	N/A	N/A
VALOR TOTAL PAGADO		N/A	N/A

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE 2025	OCTUBRE 2025
	Fecha de pago	09-09-2025	01-10-2025
	Nº de Planilla	34486855	34829803
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	EPS	NOMINA	NOMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	AGOSTO 2025	SEPTIEMBRE 2025
	Fecha de pago	09-09-2025	01-10-2025
	Nº de Planilla	34486855	34829803
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	Fondo de Pensiones	NOMINA	NOMINA
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	AGOSTO 2025	SEPTIEMBRE 2025
	Fecha de pago	09-09-2025	01-10-2025
	Nº de Planilla	34486855	34829803
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	A.R.L.	POSITIVA	POSITIVA
PARAFISCALES	SENA	N/A	N/A
	I.C.B.F.	N/A	N/A
	Caja de Compensación	N/A	N/A
VALOR TOTAL PAGADO		N/A	N/A

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	NOVIEMBRE 2025	N/A
	Fecha de pago	04-11-2025	N/A
	Nº de Planilla	35097010	N/A
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	N/A
	Valor cotizado	NOMINA	N/A
	EPS	NOMINA	N/A
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	OCTUBRE 2025	N/A
	Fecha de pago	04-11-2025	N/A
	Nº de Planilla	35097010	N/A
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	N/A
	Valor cotizado	NOMINA	N/A
	Fondo de Pensiones	NOMINA	N/A
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	OCTUBRE 2025	N/A
	Fecha de pago	04-11-2025	N/A
	Nº de Planilla	35097010	N/A
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	N/A
	Valor cotizado	NOMINA	N/A
	A.R.L.	POSITIVA	N/A
PARAFISCALES	SENA	N/A	N/A
	I.C.B.F.	N/A	N/A
	Caja de Compensación	N/A	N/A
VALOR TOTAL PAGADO		N/A	N/A

República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	11 de 11

Recuerde que si su planilla fue pagada fuera de los plazos establecidos los valores a registrar corresponden al total pagado incluyendo la mora.

Se firma para tramite de pago, a los 29 días del mes de diciembre de 2025.

Firma del Contratista
Nombre: Ricardo A. Hoyos C.
C.C. No. 77'251369
Correo electrónico: arhoyos@santander.gov.co
Teléfono de contacto: 3187965980

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 29 de Octubre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para hacer diagnostico temprano de la infección por VIH, Sífilis, Hepatitis B y C | Tema:

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Mana Fernando Caceres Avella	1098825094	X			25	Bga.	estudiante	3125796499	caceres4sea@hotmail							X		
2	Angel de Jesús Carreño Alvarez	91493815		X		48	Bucaramanga	Gestor Comunitario	3158073805	angelcarreal@gmail.com	X						X		
3	Dicaa Victoria Villarreal Rueda	63527276	X			43	Bucaramanga Asdecuasta Medicliniccs	Medico	3152517173	draniila56@gmail.com.							X		
4	Paola Marcela Martinez Perez	1098731889	X			32	Bucaramanga Fompresalud	Direccion Sede IPS	3163479019	Paola marcela 1993@gmail.com							X		
5	César Alberto Moreno Prada	1005240086		X		24	Barbosa ESE San Bernardo	Médico	3133934158	550hisb2@gmail.com							X		
6	Isabelina Garcia T.	28076801	X			44	Bucaramanga. Isabu.	Enfermera Auxiliar.	3153905395	isabelg1905@hotmail.com.							X		
7	Olga Lucia Rojas R.	1005935684	X			31	ESE. SAN Rafael de Velez	Regente de Farmacia	3155274444	Farmacia@esehospitalmalaga.gov.co							X		Olga Lucia Rojas R.
8	Mario Fernando Acevedo	1005321156	X			25	ESE San Rafael de Matanza	Enfermero Jefe	3212214205	enfermeriamichiraca2025@gmail.com.							V		
9	Wendy Lizeth Niño A.	1098749083	X			31	ese san Antonio.	enfermera	3013118060	enfermeriaperinatal@esesanantonio.com							X		
10	Carolina Castro	1095810118	X			33	Fundación GAMA	Gestor Comunitario	3104347149	Carocastro19@gmail.com				X			X		Carolina Castro

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 29 de Octubre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para hacer diagnóstico temprano de la infección por VIH, Sífilis, Hepatitis B y C | Tema:

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	INTERSECCIONALIDAD DIFERENCIAL OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	CONTEXTO URBANO	CONTEXTO RURAL	FIRMA / HUELLA
1	ADMANA ROJAS.	63535409.	X			43	BMANGA ISABU.	AUX. ENFER	3159018989	amicenar@hotmail.com							X		ADMANA ROJAS.
2	Ruth Hernandez Cepeda	37726980	X			46	B/ga ISABU	ENFERMERA	3133011665	ruthheydi@gmail.com							X		
3	Alejandro Torres Jaimes	1098872684		X		26	Bucaramanga Floridablanca	Gestor Social	3223604985	alejandro.torres024@gmail.com	K								
4	Fahiv Plaza Bustos	1098811084		X		27	Bucaramanga Floridablanca	Aux Enfermera	3178952534	fahiv456@hotmail.com							X		
5	María Stella Rueda	37557.308	X			47	PIEDECUESTA HOSPITAL LUCA.	Enfermera	3185435132	arimejo@hotmail.com								X	María Stella Rueda
6	Jennifer meza C	1098721182	X			33	B/ga ISABU	Psicologa	3158247318	jennifer.meza1317@gmail.com							X		
7	Ahlith Juliana Ramos Zapata.	1005185568	X			22	Bmanga Hospital Regional	Aux Enfermeria	3024377939	ramos250@gmail.com							X		Ahlith Ramos Z.
8	Diana Isabel Camacho	1098616073	X			39	B/ga Offimedicas	Enfermera	3157944177	dicris1s@hotmail.com							X		
9	Maritza Alejandra Cataño	1005155215	X			36	B/manga HHA6	Enfermera	3106122579	maritzaalejandracg@gmail.com							X		
10	Jessica tatiana Hernandez Carvajal	1098783106	X			34	B/manga Guane Clin	Aux enferm	3155088337	jesihernandez670@gmail.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra: Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palanquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29/10/2025 En (municipio, país): BUCARAMANGA.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

ADRIANA MILENA ROJAS. Edad 43 AÑOS.

Dirección e información de contacto:

amilenar@HOTMAIL.COM. Tel. 3159018994.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: ADRIANA MILENA ROJAS.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / oct / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ruth Heydi Hernández Cepeda Edad 46

Dirección e información de contacto:

Bucaramanga. Tel. 3133011665

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ruth.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Miguelo Tuay James Edad 26

Dirección e información de contacto:

Cra 40 #34-57 Tel. 3023604483

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29/10/2025 En (municipio, país): Bucaramanga Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Fabio Mauricio Bustos Edad 27 Años

Dirección e información de contacto:

B/90 Tel. 3178452534

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29/10/2025 En (municipio, país): Bmanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Stella Rueda Quintero. Edad 47 A.

Dirección e información de contacto:

Manzana 6 casa 31 Ciudad reyure Tel. 3165435132

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ms Stella Rueda C

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jennifer Mesa C Edad 33 años

Dirección e información de contacto:

via transversal oriental valle del Tel. 3158243248

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jennifer Mesa C

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ahilith juliana Ramos Zapata Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Carrera 37 f 75 A 56 B. La paz Bolmeja . Tel. 3024377937

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ahilith Ramos Z.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29/Oct/2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Isabel Camacho Edad 39

Dirección e información de contacto:

Cra 19 # 111B Provenza Tel. 3157944177

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Martha Aranda Cotamo Edad 36

Dirección e información de contacto:

Cra 52B 34-27 Tel. 3106122519

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04/29/2025 En (municipio, país): Bucaramanga Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jessica Tatiana Hernández Edad 34

Dirección e información de contacto:

Blga Tel. 3106122579

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jessica Hernández. Carvajal.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia / Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

mena Fernanda Cuevas Avella Edad 25

Dirección e información de contacto:

cl184#54-04 altos del cacique Tel. 3125796479.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: mena Fernanda Cuevas A

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angel de Jesús Carreño Alvarez Edad 48

Dirección e información de contacto:

Carrera 27 #34-72 Piso 6 Antonia Santos Tel. 3158073805

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Santander, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Villarreal R. Edad 43 años

Dirección e información de contacto:

Calle 35 #25-37-1 Tel. 3152517173

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paola Marcela Martinez Perez Edad 32

Dirección e información de contacto:

Calle 35 # 25 - 37 Tel. 3163479019

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

César Alberto Moreno Prada Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Calle 41 #38-95 Tel. 313 3934158

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Isabella García Toratona. Edad 4 años.

Dirección e información de contacto:

Cr. 4a. # 45-146 Tel. 3153905391

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Olga Lucia Arán Cardón Edad 31

Dirección e información de contacto:

Cra 6 # 4-63 - Malanza Tel. 3155424994.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Olga Lucia Arán Cardón

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Fernanda Avendaño Delgado Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Cra 8 # 60-80 Villas de Santa Sofía Tel. 3212214208

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Wendy Lizeth Niño Agon. Edad 31

Dirección e información de contacto:

Cra 15 # 13-14 Rionegro, Santander Tel. 3013118060

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29/10/2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Amanda Carolina Castro D. Edad 33

Dirección e información de contacto:

Calle 9 # 11-49 Villabel Tel. 3104347149

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Carolina Castro

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Bucaramanga

Fecha: 29 de Octubre de 2025

Hora: 11:20am.

Actividad 1: Realizar desarrollo de capacidades para hacer diagnostico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y C.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
29/Oct/2025	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8	Yaritza Ayenda C	Hospital Universitario Abel Pinzon
29/oct/2025	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8	ADRIANA ROJAS.	E.S.E. ISABU.
29-10-25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8		ESE San Bernardo
29-10-25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8	Stella Rueda	ESE Hospital Local de Piedecuesta
29-oct/25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8	Carolina Castro	Fundación GAMA.

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Bucaramanga

Fecha: 29 de octubre/2025

Hora: 11:20 am

Actividad 1: Realizar desarrollo de capacidades para hacer diagnostico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y C.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
24/10/25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8		Fundación Avanzando.
29/10/2025	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8		fundacion Avanzando
29/10/25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8		Guane.
29 Oct 2025	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8	Jorge Hernandez.	Clinica Ecca.
29 Oct 2025	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8	Ahilth Ramos 3.	Hospital Regional del magdalena medio B/meja.

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Bucaramanga

Fecha: 29 de Octubre de 2025.

Hora: 11:20 am

Actividad 1: Realizar desarrollo de capacidades para hacer diagnostico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y C.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
29-Oct-25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8		Corporación Consentidos.
29-Oct-25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8		Sanitas.
29/10/25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8		Mediclinicos
29/10/25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8		Farpres alvo.
29/10/25	Prueba Rápida VIH, Sífilis Ab Sangre Total, Antígeno-Superficie- Hepatitis-B, Prueba-Rap-Hepatitis, Bata Manga Larga Puño Blanco Rib, Guantes Látex, Tapabocas Desechable, Gorros Desechables.	8		E.S.U. Hospital San Rafael de Matanza.

Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 7 Octubre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+ | Tema: Lineamientos de atención de salud para personas LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																	
				GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO		
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Andrea Paola Villamizar Mantilla	1098670954		X			35	Bmanga, Neurologos de Santander	Coordinadora 361	3049856947	syl.neurologos@gmail							X		Andrea Villamizar
2	Martin Rey Londoño	1095832460			X		28	Bmanga Radiologos del Parque	Administrador	3045773839	calidad.radiologosdelparque@gmail.com							X		
3	Yaneth Sorelys C	22603743		X				Bumanga	Coord. HR HH	3245485907	mireclutamiento@gmail.com							X		
4	Rita I Barrera C	63369209		X			55	Bmanga CONFIMEDIRS	Notificacionista	3124826556	daosri816@yahoo.es							X		
5	EDWING TORRES	91046059			X		45	GIRON	TRABAJADOR SOCIAL	3042760380	tsocialc@gmail.com	X						X		EDWING TORRES
6	ANNA M. PINZON	37842862		X			44	FLORIDAB.	LIDER HOMON	3008184818	annamariapinzon@gmail.com							X		
7	Maria José Ustáriz	49796086		X			45	SSS. Bga.	PROFESIONAL APOYO	3103096905	mariajou22@Gmail.com				X			X		
8	Lucy Smith Patiño	63447132		X			54	Bucaramanga CONFIMED	NOTIFICADOR	3053365120	lucysmithp@hotmail.com				X			X		Lucy Patiño
9	Tania Rodriguez	1095836944		X			27	Bga	Trab. Social	3045609836	rodriguestania49@gmail.com							X		Tania RH
10	Dalia Juliana Vargas	1.098704582		X			34	Bucaramanga	Aux Enfermera	3163464891	juliavargas1491@gmail.com				X			X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitano | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 07 de Octubre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+ | Tema: lineamientos de atención de salud para personal LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																	
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Laura Esther Cortés Valderrama	63.305.384		X			62	Floridablanca Neumologos de Sder	Coord. de Serv. Asistenciales.	3153309777	lauraesthercortesv@yahoo.com							X		
2	CARLOS ALBERTO ROBAYO MELENDEZ	13.716.705			X		46	ENCUESTA P/OCCESA	Representante LGTBIQ+	3156758849	carlosrobayom@hotmail.com	X						X		
3	Erika Rodriguez Muñoz	63'538634		X			42	Bucaramanga	Psicologa	3134320318	Erik.romu@gmail.com							X		
4	Maria Alejandra Arias V.	1095818117		Y			32	Floridablanca	Enfermera	3214683503	reperiatorio.kinesiologo@hotmail.com							X		
5	DANIEL FELIPE LOPEZ	1100958650			Y		34	BGA	PROFESIONAL	3249139327	auditoriasdhsaga@gmail.com							X		
6	Diana Victoria Villamil Rueda	63524276		X			43	Piedecuesta 3/gr.	Directora Medica	3152517173	direccionmedica@medicinicaips.com.							X		
7	Luz Stella Cala C.	63496447.		X			50	B/manga	Director administrativo	3153308927	neumologos@hotmail.com							X		
8	Diana Marcela Castellanos Bautista	1095830043		X			29	B/manga	Trabaja Social y proyecto	3155063621	gestionsocial@licancerbucaramanga.org							X		
9	Maria Fernanda Calderón Diaz	1095822080		X			30	B/manga Painfree	Trabajadora Social coordinadora	3186909197	coordinadorprogramas@painfree.com.co							X		
10	Jessica Moreno	1098673278		X			36	B/manga Painfree	Coord. TH y Calidad	3168336483	calidad@painfree.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (i), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) . Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 07 de octubre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+ | Tema: Lineamientos de atención de salud para personal LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	INTERSECCIONALIDAD: GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL: OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	CONTEXTO URBANO	CONTEXTO RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Patricia Quiceda Higuera	31.288.739	1				Ser. Salud Santander	Prof. Univ.	3178731877	ca.paiceda@santander.gov.co							X		
2	Jhosmar Barrios B.	1.095.822.103	X			30	SecSalud Floridablanca	Psicologa.	3154354193	sst.jhosmarbarrios.@gmail.com							X		
3	Paola Martinez	1098731889	X			32	Forpresalud	Direccionador	3163479019	coor.asistencial.bga@forpresalud.com.co							X		
4	Laura Guevara	1005302719	X			23	Concepcion	Enfermera	3143409637	lauramilena.gf@gmail							X		Laura Guevara
5	Jessica ortiz	1098632	X			37	Santander	Lider convenios	3165798502	lideryconvenios@painfree.com.co							X		
6	Sonia Moreno P	63441497	X			60	Blga	Calidad	3158078591	Coordinadorme dico@painfree.com.co							X		
7	Alejandra Rodriguez T	1003250781	X			26	Bucaramanga	Psicologa	3185234259	alejandrarodriguez0605@gmail.com.							X		Alejandra R
8	Lyda A. Lancheros	56.375.47433	X			47	E.S.E Cane	Coordinadora RIAS/SP	3115174819	riasclinicaguane@gmail.com							X		
9	Edgar Ramirez O	91352548		X		44	Recepcion Salud	profesional apoyo	3012777069	edgaramirezo@saludblga.com							X		
10	Ramon Valcarcel	85533970	X			42	Bucaramanga	Profesional	3023294455	Jlaudelab.com.co							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados. reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitano | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 07 de Octubre 2025 | Hora: 8:00 am.

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

Tema: lineamientos de atención de salud para personas LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Carlos A. Moncera	91944212		X		50	Fisioterapia Clinica Oftalmologica	Optometra	3214220583	carlosmoncera1007@gmail.com carnero10@hotmail.com							X		Carlos A. Moncera R
2	LAURA OTOZO ALVAREZ	1098677634	X			39	B/MANGA CLINICA OFTALMOLOGICA BMANGA	PSICOLOGA	3168709502	SOLICITADA AL USUARIO @ccb-oftalmo							X		
3	Maria Camila Gonzalez Espinosa	1005336795	X			23	Bucaramanga ISNOR	Trabajadora Social	3154816463	trabajosocial@clinicaisnor.com							X		
4	Mayte G. Gonzalez	63530064	X			43	SSS	Prof. Univ	3163326639	ca.mgonzalez@santandergov				X			X		
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V). Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Paola Villamizar Mejía Edad 35

Dirección e información de contacto:

Calle 6 # 11-83 Tel. 3044856947

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Andrea Paola Villamizar Mejía

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Martin Rey Edad 28

Dirección e información de contacto:

Cra 34 #46-46 Piso 2 Tel. 3045773839

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yamile Sanchez Edad

Dirección e información de contacto:

Calle 55 #31-35 Tel. 3240435907.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma:

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo: Yamile Sanchez Escobar

Firma:

Fecha 07 / 10 / 2025.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargar

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rita Isabel Barrera Caurels Edad 55

Dirección e información de contacto:

Cra 30 H 32-60 apto 201 B. AURORA Tel. 3124826856

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Isabel Barrera Caurels

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

EDWING TORRES Edad 45

Dirección e información de contacto:

GIRON SANTANDER Tel. 3042750380

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: EDWING TORRES.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Anna Maria Pinzon Camacho Edad 44 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Cl 147 #25-30 conjunto Palmas del Cañaveral Tel. 3008184818

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:
María José Ustáriz Gutiérrez Edad 45.

Dirección e información de contacto:
Calle 22 #21-37 Tel. 3103096905.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Smith Patiño Edad 54

Dirección e información de contacto:

Carrera 35 # 48-89 Tel. 3053365170

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: luzsmithpatiño ruiz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tania Y. Rodriguez H. Edad 27 .

Dirección e información de contacto:

Cra 28a #10-52 Barro Lacho Tel. 3045607886

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Tania Rodriguez H.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Darlin Juliana Vargas Ruiz Edad 34

Dirección e información de contacto:

Cra 35w 64 05 Tel. 3163464891

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargar

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Esther Cortés Valderrama Edad 62 años

Dirección e información de contacto:

Calle 15 No. 35-17. Apto 501 Tel. 3153309797

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura E Cortés V.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga. Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

CARLOS ALBERTO ROBAYO MENDEZ Edad 46

Dirección e información de contacto:

CR PORTAL COMA T7 APTO 153 Tel. 3156758849

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Erika Rodriguez Muñoz Edad 42

Dirección e información de contacto:

Calle 47. 21-28 Inscredial Tel. 3184320318.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Erika Rodriguez Muñoz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Alejandra Arias V. Edad 31

Dirección e información de contacto:

Cra 9 # 3-34 Tel. 3214683503

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Alejandra Arias V.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

DANIEL FELIPE CIZARATO TORRES Edad 34

Dirección e información de contacto:

daniels_hxc@gmail.com Tel. 3149259322

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Victoria Villamil Rueda Edad 43 años

Dirección e información de contacto:

Cra 29 #31-177 Bellavista 2. Tel. 3152717173

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga. Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Stella Cala Calderón Edad 50 años.

Dirección e información de contacto:

El Bosque Sector AT-4 apto 203 Tel. 3153308927.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Manela Castellanos Bautista Edad 29

Dirección e información de contacto:

Bloque 11-13 401 Tel. 3155063821

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mara Fernanda Calderón Diaz Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Cra 56 #74-191 casa F12 Tel. 3186909197

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jessica Viviana Martínez Nava Edad 36

Dirección e información de contacto:

Kra 30 # 27 apto 301 Tel. 3168336483

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: J. Martínez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliano Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Patricia Carcedo Edad_____

Dirección e información de contacto:

ca.pcarcedo@santander.gov.co Tel. 3158731877

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Juan Car N.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jhosmar Julieth Barrios Benitez Edad 20 años

Dirección e información de contacto:

Anillo vial 24 #415 Tel. 3154354193

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paola Marhnet Edad 32

Dirección e información de contacto:

Calle 35#25-37 Tel. 3163479019

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Milena Guevara flórez Edad 23

Dirección e información de contacto:

Avenida Gonzales Valencia 48-62 Tel. 3143409631

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Milena Guevara

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juana Vargas.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jessica Johanna ortiz Briceño Edad 37

Dirección e información de contacto:

Calle 54 #31-119 cabecera Tel. 3165796302

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jessica ortiz.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sonia Moreno P Edad 60

Dirección e información de contacto:

Calle 54 #31—119 Tel. 3158078595

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alejandra Rodriguez Triana Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Calle 103 # 13 - 31 Conjunto Sapermin 2 Tel. 3185234259

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Alejandra R

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 02 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lyda Alexandra Lancheros G. Edad 47 años

Dirección e información de contacto:

Metrópolis 2 Torre 4 Apto 101 Tel. 3115174819

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Lyda Alexandra

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edgar Ramirez Ordoz Edad 41

Dirección e información de contacto:

Cra 34 # 27-82 Tel. 3012777061

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karmen Valcarel Villamil Edad 42

Dirección e información de contacto:

Conjunto Bavaria Floridablanca Tel. 3023294455

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07/10/25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carlos Alberto Nancera R. Edad 50 A.

Dirección e información de contacto:

Calle 117 # 32-30 · B-Niza Tel. 3214922583.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Carlos Alberto Nancera R.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

LAURA ELIZABETH GRATO AGUILAR Edad 34 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Cll 36 # 20-30 Tel. 3168309502

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Camila González Esperosa Edad 23

Dirección e información de contacto:

Vereda Blanquisco al Piedecuesta Tel. 3154816463

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mayte G. Gonzalez Edad 43 años

Dirección e información de contacto:

Calle 3 #15-63 Tel. 3163326639

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana
Municipio: Bucaramanga
Fecha: 07 octubre 2025
Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
07-oct 2025	Folletos, infografia, lapicero Bolsa- Agenda. escarapela	1.		Neurologos de Stander
7/oct/2025	Infografia., folletos Bolsa – agenda, lapicero, Escarapela	1		Liga Santandereana contra el cancer.
7/oct/2025	Bolsa, agenda, escarapela, infografia, lapicero, folletos	1		Clinica de URGENCIA Bucaramanga
7/Oct/2025	Bolsa, agenda, escarapela infografia, lapicero, folletos	1		CONFIAMED IPS
7/oct/2025	Bolsa, agenda, escarapela infografia, lapiceros, folletos.	1		CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA
07/10/25	Infografia, lapiceros, escarapela BOLSA - AGENDA, Folletos	1.		FCV.
07/10/25	Infografias, lapiceros, escarapela Bolsas, Agenda, folletos	1	Tania Rodriguez	Articulado -
07/10/25	Infografia, lapicero, Escarapela, Bolsas, Agenda, Folletos	1		Particular

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Bucaramanga

Fecha: 7 octubre 2025

Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
7/10, 2025	Agenda, Lapicero, Bolsa, escarapela, Folletos, infografías	1		Secretaría de Salud de Santander
7/10/2025	Agenda, Lapicero, Bolsa escarapela, Folletos, infografías	1		PREDESTO . DIVERSA
7/10/2025	Agenda, Lapicero, Bolsa, Escarapela, Folletos infografías.	1	Alejandra Arias V.	ESE HUS
7/10/2025	Agenda, Lapicero, Bolsa escarapela. Folletos infografías	1	Paola Martinez	Forpresalud IPS
7/10/2025	Agenda, Lapicero, Bolsa escarapela, Folletos, infografías	1		IPS Clínica Reina Isabela - Sinaptico
7/10/2025	Agenda, lapicero, bolsa, Folleto escarapela, infografías,	1		Secretaria de Salud Floridablanca
7/10/2025	Agenda, lapicero, bolsa, escarapela, Folletos, infografías	1		ESE HUS
07/10/25	Agenda, lapiceros bolsa, escarapela, folletos, infografia	1		Medicinicos IPS SAS

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana
Municipio: Bucaramanga
Fecha: 7 Octubre 2025
Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
7/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa, escarapela, Infografias, Folletos	1	Laura E Cortes V.	Neumólogos de Sder.
7/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa escarapela, Infografias, Folletos	1		Painfree.
7/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa escarapela, Infografias, Folletos	1	Jessica P.	Painfree
7/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa escarapela, Infografias, Folletos	1		E-S-E. Clínica Goane
7/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa escarapela, Infografiar, Folletos	1		Secretaria. Salud departamental
7/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa escarapela, Infografias, Folletos	1		Radiologos del Pague
7/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa escarapela, Infografias, Folletos	1		Secretaria de Salud de Santander
7/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa escarapela, Infografias, Folletos	1		CONFAMED BUCARAMANGA

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: metropolitana
Municipio: Bucaramanga
Fecha: 7 Octubre 2025
Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
07/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa, Escarapela Infografias, Folletos	1	Laura Guevara	E.S.E San Rafael de Concepción
7/10/25	Agenda, lapicero, Bolsa, Escarapela, Infografias, Folletos.	1	Jessica ortiz B.	Painfree IPS.
07/10/25	Agenda, lapicero, Bolsa, Escarapela, Infografias, Folletos.	1	Sandra Moreno P	Painfree IPS.
07/10/25	Agenda, lapicero, Bolsa, Escarapela, Infografias, Folletos.	1	Alejandra Rodriguez T	IPS Niños de papel.
07/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa, Escarapela Infografias, Folletos.	1	Andrea Paola Villamizar M	Neurologos de Santander sas
07/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa, Escarapela Infografia, Folletos.	1	Carla Sh E	Medicinas IPS.
07/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa, Escarapela Infografia, Folletos.	1	Carlos Alberto Monsalve R	Clinica Oftalmologica Dr. Wilson Paez (Por Color).
07/10/2025	Agenda, lapicero, Bolsa, Escarapela Infografia, Folletos	1	EDWING TORRES M.	PLATAFORMA LGBTIQ SANTANDER

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana
Municipio: Bucaramanga
Fecha: 7 octubre 2025
Hora: 8:00 am
Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
07/10/25	Folletos, infografias, lapicero, Bolsa, Agenda, Escarapela.	1		ISNOR.
07/10/25	Folletos, Infografia, lapicero, Bolsa, Agenda, Escarapela	1		SSS

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Guanentá | Municipio: San Gil | Fecha: 15 octubre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+ | Tema: Lineamientos de atención de salud para personas LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																	
				GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Beatriz Helena García A.	37901564		✓			40	San Gil	Psicóloga	3192910320	tatisgarciadeavilla@gmail.							✓		
2	Miryam Patricia Calas.	1.101695.924		X			28	Hato/ HRMB.	Psicóloga	3154185869	mcalazerranca@gmail.								X	Patricia Cala
3	Andrea Geraldine Marín	1023.972.495		X			33	Hato HRMB	Psicóloga	3113020420	andreagmalc@gmail.co							X		
4	Gisella Lizza Lopez	1101697935		X			26	Socorro/ HRMB.	Psicóloga	3188014600	gluna859@unab.edu.co								X	
5	Jennifer Tatiana Fernández D	1005322987		X			24	Socorro/ HRMB	Psicóloga	3187111118	Jtfernandez21052@gmail.							X		
6	Tatiana Marcela Pico R	1.101.690.664		X			33	Socorro HRMB.	Psicóloga.	3114969323	Picorodriguezlatianamarcela@gmail.com							X		Tatiana M Pico
7	Martha Gareth Delgado C	37948298		X			42	Socorro HRMB	Psicologa	37948298	mydc62@gmail.com							X		
8	Miriam Cristina Roa Rojas	1102358007		X			36	ESE centro de encino	Auxiliar enfermeria	3214762173	cristinaroa430@gmail.com							X		
9	Maria Emilcen Silva	1101697131		X			27	Socorro HRMB	Psicologa	3180467752	marcemilcenpsilva gomez@gmail.com								X	Maria E Silva
10	Gabriela Torres Arroyo	1007617458		X			25	San Gil	psicologa	3004089944	Gabrielatarroyo9246 @gmail.com							X		Gabriela T.

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino). CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), Intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Guanento | Municipio: San Gil | Fecha: 15 octubre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

Tema: lineamientos de atención de salud para personas LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Helena Martinez Caceres	1100957326	X			36	San Gil Fundacion Avanza	Enfermera PyM.	3212049713	pyp.sangil@avanzarfds.com				X				X	
2	Juan Manuel Salazar Cordoba	1065902844		X		30	San Gil Ciudadano	Auxiliar Enfermeria	3102542503	juanmanuelsalazarcordoba@gmail.com							X		
3	Sharyd Gabriela Santana	1005451267	X			22	San Gil	Enfermera	3183561866	sharydsantana121@unisangil.edu.co				X			X		
4	Liz Estela Rodriguez	1100963094	X			31	San Gil	Enfermera	3228903121	lerodriguezh@unbosque.edu.co				X			X		Estela R.
5	Stefanny Dallanna Ramos	1006408869	X			22	San Gil.	Enfermera	3132553803	stefannyramos121@unisangil.edu.co				X			X		
6	Danna Valentina Morero G.	1005450846	X			22	San Gil	Enfermera	3188732861	danna.v2611@gmail.com				X				X	
7	Julieth Tatiana Salazar	1100972804	X			27	Encino	Enfermera	3138945310	JuliethSalazar0922@gmail.com				X				X	
8	Elsa Rocio Estevez P	37706363	X			54	Encino	Auxiliar Enfermeria	3208437105	rocioestevezp19@gmail.com				X				X	
9	Luz Edilma Pinto	28119947	X			49	Encino	Auxiliar Enfermeria	3115602026	luzedilpinto@gmail.com				X				X	
10	Cindy Arana	1098662578	X			36	San Gil	Aux. Enfermeria	3204618841	paolaldana275@gmail.com				X			X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Guanentá | Municipio: San Gil | Fecha: 15 de octubre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTI+

Tema: Lineamientos de atención de salud para personas LGBTI+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Andrea Bibiana Marín Santos	1100954077	X			36	Subsecretario de Salud	Enfermera Profesional de Apoyo	3167181395	Vigilanciapai@sangil.gov.co						X	X		Andrea Bibiana Marín Santos
2	Derly Yazmin Hernández	1098436885	X			29	ENCINO ESE Centro de Salud	Auxiliar de Enfermeria EBS	3229492744	derlyher145@gmail.com						X		X	
3	María Fernanda Márquez	1100971468	X			28	Encino ESE Centro de salud	Psicóloga EBS	3123227290	mafe.97.mar@gmail.com								X	
4	Malia Kamila Benavides Diaz	1004563982	X			25	Encino ESE centro de salud	Medica	3184325260	mariakamilabd@gmail.com						X		X	
5	Laura Marcela Paez calderon	1083011290	X			29	Ese Andrés calla Pimentel Palmar s/der	Psicologo	3042429335	Paezcalderon laura@gmail.com						X	X	X	
6	Angela Viviana Berdugo olave	37.948.073	X			45	IPS Medical Armony	Enfermera	3118691077	enfermera medicalarmony@hotmail.com						X	X		Angela Berdugo.
7	maira fernanda reyes	1100971624.	X			27	ESE ANCHUTE.	ENFERMERA	3143331047	mcfe duran 1001@gmail.com.						X	X		
8	Edwar De Jesus Martinez Rincón	1001702907		X		25	Encino - Santander	Aux Enfermeria	3006623750	Edwarmartinez oficial@gmail.com								X	
9	Yesmin Andrea Wanduvaga Gutierrez	1140901078	X			26	Encino San/der	Aux. Enfermeria	3046268295	Yesmin176@hotmail.com							X		Yesmin Andrea Wanduvaga G.
10	Uli Vanessa Vargas Vargas	1001821951	X			24	Encino Santander	Aux. Enfermeria	3153074799	uvargasvargas11@gmail.com			X					X	Uli Vanessa Vargas.

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE

Provincia: Guanenta | Municipio: San Gil | Fecha: 15 octubre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

Tema: lineamientos de atención de salud para personas LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Elizabeth Malagón R	37899109	X			44	San Gil	Docente	3144353470	malagon2208@gmail						X	X		Elizabeth Malagón R
2	Maray Patricia Celis	37901685	X			40	San Gil	Jefe enfermera	3022664353	mapecea03@hotmail.com						X	X		
3	Adriana Pelaez S	1100974356	X			26	San Gil	Psicologa	3227455203	adriana.pela4059@gmail.com						X	X		Adriana P.
4	Gladys Galvis	37942308	X			57	Socorro	Enfermera	312 3323337	Fundacionbiossanar@hotmail.com						X	X		Gladys G.
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Beatriz Helena Garcia Edad 40

Dirección e información de contacto:

Cra 9 n° 16-81 Apto 305 Tel. 3192910320

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Beatriz Helena Garcia

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sangil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Miryam Patricia Cala Edad 28

Dirección e información de contacto:

Finca la chapa / Vereda Paramo / Hato Tel. 3154185869

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Patricia Cala.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Matagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Geraldine Marín Edad 33

Dirección e información de contacto:

Cra 7 #7-02 Valle Santander Tel. 3143020420

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Andrea Marín

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

240

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gisella Luna Lopez Edad 26

Dirección e información de contacto:

Socorro Tel. 318 801 4600

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luna Gisella

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jennifer Tatiana Fernández Edad 24

Dirección e información de contacto:

Calle 18#8-43 Socorro Tel. 3187711118

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tatiana Marcela Pico Edad 33

Dirección e información de contacto:

Peat 26 # 10-22 Bicentenario – Socorro Tel. 3114969323.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Tatiana M Pico R.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Martha Yaneth Delgado Edad 42

Dirección e información de contacto:

Calle 10 # 19A-04 Tel. 3143164586

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Martha Yaneth Delgado Cardoza

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Miriam Cristina Roa Rojas Edad 36

Dirección e información de contacto:

Cra 7c # 25-28 Tel. 3214782173

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Emilcen Silva Edad 27

Dirección e información de contacto:

Calle 10 A 20-38 Socaro Tel. 3198467752

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: María Emilcen Silva G.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gabriela Torres Amaya Edad 25

- Dirección e información de contacto:

Calle 28 # 14-73 Tel. 3041089944

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

- Firma: Gabriela T.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Helena Martinez Caceres Edad 36

✓ Dirección e información de contacto:

Vereda Bejaranas Alto finca los Angeles Tel. 3212049713

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

✓ Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Molagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juan Manuel Salazar Córdoba Edad 30

Dirección e información de contacto:

Cra 3 #7-119 Tel. 3102572303

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sharyd Gabiela Santana Edad 22

Dirección e información de contacto:

Cra 9 # 27-49 Tel. 3183561866

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Estela Rodríguez Edad 31

Dirección e información de contacto:

Conjunto Portal del Cafe Torre 4 Apto 316 Tel. 3228903121

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luz Estela Rodríguez fl.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Stefanny Dallana Ramos Edad 22

Dirección e información de contacto:

Calle 11a #10-38 Tel. 3132553803

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dama Valentina Moreno Edad 22

Dirección e información de contacto:

Calle 31#12B-14 Tel. 3188732861

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Julieth Tatiana Salazar Edad 27

Dirección e información de contacto:

Calle 35 n 14-05 Tel. 3138945310

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elsa Rocio Estevez Edad 54

Dirección e información de contacto:

Municipio de Encino Tel. 3228437105

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Edilma Pinto Edad 49

Dirección e información de contacto:

Mercapro el Carmo Tel. 3115602026

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Mabagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Cindy Aldana Edad 36

Dirección e información de contacto:

Carrera 8 #4-17 Tel. 3204618984

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Biviana Marín Santos Edad 36

Dirección e información de contacto:

Calle 6 No. 6-89 Apto 201 Tel. 3167191395

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Andrea Biviana Marín Santos

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Derly Yazmin Hernández Edad 29

Dirección e información de contacto:

Calle 5# 1-04 Encino - Santander Tel. 3229492744.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Derly H.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Fernanda Márquez Silva Edad 28

Dirección e información de contacto:

Cra 10 # 10 – 41 apt 204 Tel. 3123227290

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Kamila Benavides Díaz Edad 15 años

Dirección e información de contacto:

Calle 14 A # 2-15 Almendros II Tel. 3164372260

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Marcela Paez Calderón Edad 29

Dirección e información de contacto:

Vereda Cincomil Palmar Santander. Tel. 3042429335.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas: SanGil

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): Socorro - Santander - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angela viviana Berdugo Olave Edad 45

Dirección e información de contacto:

Calle 8 sur # 10-37. Socorro. Barrio Terrazas. Tel. 3118691077

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Angela Berdugo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Duran Reyes Edad 27

Dirección e información de contacto:

Edificio Gabriela APTO 905. Tel. 3143331047.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edwar de Jesús martínez Rincón Edad 25

Dirección e información de contacto:

Confines - Santander Tel. 3006623758

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Edwar Martínez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yesmin Andrea Wandurraga Gutierrez Edad 26

Dirección e información de contacto:

Encino Santander. Tel. 3046268295

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yesmin Andrea wandurraga Gutierrez.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lili Vanessa Vargas Vargas Edad 24

- Dirección e información de contacto:

Encino Santander. Tel. 3153074799

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

- Firma: Lili Vanessa Vargas Vargas

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elizabeth Malagón R Edad 44

Dirección e información de contacto:

Carrera 9 # 7 53 Tel. 3144353470

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Elizabeth Malagon R

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maray Patricia Celis Edad 40

Dirección e información de contacto:

Cr 9 # 7 50 Tel. 3022664353

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana Pelayo S Edad 26

Dirección e información de contacto:

Carrera 9 #5-72 Tel. 3227455203

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: AdrianaP

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Gil

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gladys Galvis Edad 57

Dirección e información de contacto:

Biosanar Socorro Tel. 3123323337

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Gladys Galvis

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

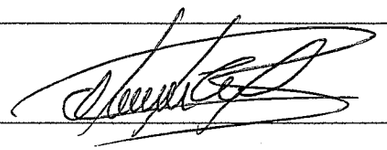
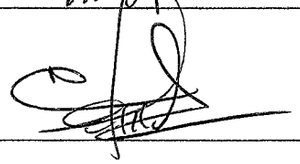
Provincia: Guanentá

Municipio: San Gil

Fecha: 15 octubre 2025

Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		ESE Centro de Salud Encino
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		ESE CENTRO DE SALUD ENCINO
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		E.S.E Hospital San Pablo II.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Andrea Viviana Marín Santos	Subsecretaria de salud- Municipio San Gil
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Derly Yazmin Hernández Dominguez	ESE Centro de Salud Encino.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	María Fernanda Márquez Silva	ESE Centro de salud Encino
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Maria Kamila Benavides Diaz	ESE centro de salud Encino

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentá

Municipio: San Gil

Fecha: 15 octubre 2025

Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		Fundación Avanza - Fas - Sede San Gil
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		Cuidador independiente.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		P4P HRSG.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Lic Estela Rodriguez Hda	Enfermera Consulta Externa HRSG.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		P4M HRSG
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		E.S.E. Centro de Salud Encino.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		ESE Centro de Salud Encino

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentá

Municipio: San Gil

Fecha: 15 octubre 2025

Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		Ese Andres cala Pimentel. Palmar Santander.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	AngelaBarragan.	I.P.S Medical Armony, Socorro.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Edwar Martin	E.S.E Centro de encino
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		ESE SAN ANTONIO DE PADUA - PINCHOTE
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Yesmin Andrea Wandurraga G	ESE Centro encino
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Lili Vanessa Vargas Vargas	ESE Centro encino.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		Sub-secretaria de Salud municipal.

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentá
Municipio: San Gil
Fecha: 15 octubre 2025
Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Patricia Cala	Hospital Regional Manuela Beltran
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Andrea Marin.	Hospital Regional Manuela Beltran /Nodo Halo.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Giselle Luna Lopez	Hospital Regional Manuela Beltran.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Jennifer Fernández Duque.	Hospital Regional Manuela Beltrán.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Tatiana Marcela Pico Rodriguez	Hospital Regional manuela Beltran.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Martha Lineth Delgado Carvajal	Hospital Regional Manuela Beltrán
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Miriam Cristina Roa Rojas	ESE centro de salud de encino

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentá
Municipio: San Gil
Fecha: 15 octubre 2025
Hora: 8:00am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Ana Emilce Silva Gómez	Socorro, HRMB.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Gabriela Torres Amaya	San gil, subsecretaria de salud
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Elizabeth Malagón R	San Gil. -
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Glady SG	Fundación Biossanar
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	AdrianaP.	San Gil.
15/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Raul	San Gil.
	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.			

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	6
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Yanques | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 22 de octubre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: Lineamientos de atención de salud para personas LGBTIQ+

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO					
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+),	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Ismelda Fonseca Anaya	63576693	X			49	Bga/meja	tecnico Area	3012811248	ismelda74@gmail.com					X		X		
2	Jeisson Rodriguez	1032356130		X		39	B/meja	Salud.	3162708048	jeissonlod.iguez.0@gmail.com						X			
3	Luisa Fernanda Upegui Salón	1000026544	X			23	BICA	Comunicadora Social	324419 7534	upegui2s@lauca@gmail.com	X						X		
4	Arturo SALCEDO Lucas	1931562		X		70	B/CA	ASOCIACION Campesino	3183485 29	salucasa2023@gmail.com							X		
5	Ellen Ximena Nieves Almeyda	37721020	X			46	S. Salud	psicologa	3169144420	ellenximenad8@hotmail.com				X			X		
6	Milena Castro	1.096.189201	X			38	S. Salud	Psicologa	3017961905	mm_castro87@hotmail.com							X		
7	Lucia Lopez O	1.096.184466	X			30	B/bomga	—	—	—				X			—		
8	Carmen Montoya	45.766.264				49	B/bermuy Salud	Fisioterapeuta	3103824291	patyco7@hotmail.com									
9	Cruz Delina Blanco Sarmiento	63.514364	X			49	Fundemunic Barrancabermeja	Trabajadora Social	3169106666	cblancosarmiento@yahoo.com						X	X		
10	Daiana A. Acosta Blanco	1002358167	X			23	" "	Abogada	3053022033	daiana.acosta@hotmail.com						X	X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Vargues | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 22 de octubre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: Lineamientos de atención de salud para personas LGBTIQ+

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Jailine Mantilla Mancipe	1098823513	X			26	Barrancabermeja FAFOS	Enfermera PYM	3203331232	pyp.barrancabermeja@avantesips.com					X		X		
2	Luis. A. Peñaloza	1096216506		X		33	Barrancabermeja		3134042374	Peñaloza Luis Alejandro16@									Luis Peñaloza
3	Iluviana Herao	1089683978.	X			36	B/bermeja	Promotora	3219553574 3219554545	iluviahenao931@gmail.com									
4	Claudia Bayto	1096210874		X		39	B/bermeja	psicologa	3143252268	claudia zero 99@hotmail.com									
5	Ana J. Mena	1042211933	X			36	B/bermeja	P. Amb.	3046370714	anamenaortuno@gmail							X		Ana Mena
6	Lydis Adriana Acosta	37577441	X			40	B/bermeja	Trabajador Social	3108741587	lydis.adriana@hotmail									Lydis A.
7	Robertina Castaño	37580939	X			40	B/bermeja	Promotor	3217780606	valentinacastano0606@gmail.com									Robertina
8	Gerson Quintero 6	1096190349		X		20	B/bermeja	Promotor	3144127713	GersonQuinteroGal@Gmail.com									
9	Forney Lozada	91282078	X			58	Bca/Bjc	coord salud	3124876391	odatoloza@esebabj	X								
10	Julay Lozada	63533586.	X			42	B/cia.	Asesor.	3002081948.	julaynonez130@gmail.									

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indígena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 22 de octubre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+ | Tema: Lineamientos de atención de salud para personas LGBTIQ+

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	[illegible]	13'554.[illegible]				64	B/ma	Recorrido	3106340700										
2	JOSE ADRIAN ROMERO	37931097	X			39	BCA.	Psicologa Particular	3004943968					X			X		
3	Ana Isabel Gallego	1098628462	X			39	B/manga.	Administradora	3137770837								X		
4	Marsha Jaque	63453589	X			50	Barranca	Psicologa	3153777994										
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 2025 En (municipio, país): Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ismeldo Fonseca Ardila Edad 49

Dirección e información de contacto:

calle 48 13-34 Tel. 3072877248

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ismeldo Fonseca Ardila

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 2025 En (municipio, país): B/meja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tirson Rodriguez Edad 39.

Dirección e información de contacto:

Cll 15 #32-10 Tel. 3162708048

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luisa Upegui Salón Edad 23

Dirección e información de contacto:

Cll 53 #360 71 B. Porvenir Tel. 3244197534

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luisa Upegui S.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22/10/2025 En (municipio, país): BUCARAMANGA

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Pavelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

ARTURO SALCEDO LUCAS Edad 70

Dirección e información de contacto:

LOTE 72 BOSQUE DE LA CIRA Tel. 3183418329

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 25 En (municipio, país): Bbermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Si Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ellen Ximena Nieves Almeyda Edad 46

Dirección e información de contacto:

Kra 18A 63-35 Tel. 3169114420.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Milena Castro Edad 38

Dirección e información de contacto:

Cll 48 # 20-37 Tel. 3017964985

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lucia Lopez Olate Edad 30

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. _____

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Lucia

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____ / _____ / _____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carmen Patricia Montoya Edad 49 años

Dirección e información de contacto:

Cra 30 #33-93 Tel. 3103824291

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Carmen Montoya

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22/ 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dora Delma Blanco Sarmiento Edad 49 años

Dirección e información de contacto:

Lote N 7 B/ Pablo Acuña Tel. 316 510 6666

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22/10/2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Pavelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dailyn Alejandra Acosta Blanco Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Pablo Acuña Lote 07 Tel. 3053022033

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: DAAB

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jailine Mantilla Mancipe Edad 26

Dirección e información de contacto:

Cl 73 3B# 35c 91 Tel. 3203331232

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

290

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis A. Peñaloza Edad 33

Dirección e información de contacto:

Barrancabermeja Tel. 3134042374

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luis Peñaloza

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 25 . En (municipio, país): Barrancabermeja .

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liliana Henao . Edad 36 .

Dirección e información de contacto:

Cra 54 # 39-71 Tel. 3219553574 .

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____ / _____ / _____ .

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Claudia Javier Basto Edad 34 años

Dirección e información de contacto:

Cra 53 # 35-25 Tel. 3145252268

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 21/10/2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Pavelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Johana mena T. Edad. 36.

Dirección e información de contacto:

cra 37a casa 83. Tel. 3046370714.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ana mena Triana

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bca / bja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ivon Adriana Aguilar Chaua Edad 40.

Dirección e información de contacto:

Trans. 55 #21-29. Tel. 3108741351

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ivon Adriana A.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22/10/23 En (municipio, país): Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Robertina castaño Edad 40

Dirección e información de contacto:

Calle 49 cs 93 B Arenal Tel. 3277780600

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Robertina castaño

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gerson David Quintero Galvis Edad 20

Dirección e información de contacto:

Calle 62 39#54 versalles Tel. 3194121713

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22/ 10/ 25 En (municipio, país): Bga/Bga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Forney Losada Edad 53

Dirección e información de contacto:

Cra 27# 54-33 Tel. 3124876396

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma:

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Julay Y. Nuñez Badillo. Edad 42.

Dirección e información de contacto:

cll 39 # 29-231. Tel. 3007081948.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22/10/2025 En (municipio, país): Bga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alberto Santander Cantor Edad 64 años

Dirección e información de contacto:

Fe lo Cuarto Noticias Tel. 3003401708

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____.

300

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22/10/25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:
Luz Marina Romero Juarez Edad 59

Dirección e información de contacto:
Vda IJB #57-19 Tel. 3004943968

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luz Marina Romero J

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Isabel Gallego Montaya Edad 39.

Dirección e información de contacto:

callcenterrehabilitdemos29@gmail.com Tel. 3137770839.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ana Isabel Gallego M.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 22/10/2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Alexander Ravelo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandra Luque Villamizar Edad 50

Dirección e información de contacto:

Calle 45 # 23-67 Tel. 3153797904

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Sandra Luque

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yariguies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 22 de octubre 2025

Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
22-10-2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Jailine Mantilla Manape	Fundación Avantar Eje Sede Barrancabermeja
22-10-2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Cladiana Henao C.	Secretaria del Medio ambiente.
22-10-2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Luis. A. Peñaloza	Secretaria del medio ambiente.
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		E. S. E
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Robeytina castaño -	Secretaria de medio ambiente
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Garson Quintero Galvis	Secretaria de medio ambiente.
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Ana Johana arcia T	secretaria medio Ambiente

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yariguies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 22 de octubre 2025

Hora: 8:00am.

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		Clinica la Magdalena.
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		ESE BCA/BJA
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		HSM.
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		SLS.
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		UNAD.
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Luisa Upegui S.	Colectivo upz
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Arturo Salcedo Lucas	Asoarcocu.

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yariguies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 22 de octubre 2025

Hora: 6:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Milena Castro	Secretaria de Salud
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Ellen Ximena Nieves A	Secretaria Distrital de Salud.
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	LUCIA	Sector Salud
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Carmen Patricia Montoya	Secretaria de Salud.
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Cruz Delia Blanco Sarmiento.	Fondermnova
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Dailyn Alejandra Acosta Blanco DAAB	Estudiante.
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Luz Perez Ramos	Cruz Roja - Voluntaria UUB

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yariguies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 22 de octubre 2025

Hora: 8:00 am

Actividad 2: Realizar desarrollo de capacidades del talento humano de las IPS para la atención de la población LGBTIQ+

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		Periodista
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1	Anabel Ballesteros M.	Rehabilitadores
22/10/2025	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.	1		Para evento
	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.			
	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.			
	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.			
	Libreta, lapicero, bolsa, fotocopias, papelería, escarapela.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Floridablanca | Fecha: 08 octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Dayan Dangond Chacón	1015405773	X			37	Floridablanca FOSCAL	Enfermera	3152673449	dayandangond10 gmail.com							X		
2	Lina María García A	1098821182	X			26	Flblanca FOSCAL	Enfermera	3168362515	linamariagarcia130 @gmail.com							X		
3	Diana Prada Diaz	1095941041	X			30	Floridablanca FOSCAL	Enfermera	3112074380	dprada521@unab.edu.co									
4	Paula Andrea Suarez Torres	1098822720	X			26	Floridablanca UNAB	Estudiante Enfermería	3115535862	psuarez504@ unab.edu.co							X		
5	Rosa María Gamica Delgado	1098820721	X			26	Flblanca UNAB	Enfermera	3138105693	rgamica@unab.edu.co							X		
6	Catalina Acuña Pedraza	1098613683	X			34	Blga	Ginecolos.	3002005506	catalina.acuna@ gmail.com							X		
7	Geraldine Pedraza Urbina	1098811097	X			27	Blga	Md. General	3028333828	Pedrazamd2208@gmail.com							X		
8	Yuly ROSA	1098616996	X			39	Floridablanca	Ginecolog.	3188700077	Cally213@hotmail.com							X		
9	Ludyn Becerra Ramos	28259872	X			57	FOSCAL	Agente.	28259872	ludynbecerra6 @gmail.com							X		
10	Gesell Silva Estevez	1098742016	X			32	Florida FOSCAL	Coordinadora de Calidad	3156335199	enfermera.calidad@ foscal.com.co							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Republica de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Floridablanca | Fecha: 08 octubre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia red funcional para la atención de emergencias obstetricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PARE mm

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA							DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Rosalinda Dorado C.	22582080	X			50	Floridablanca Foscal	Ginecologo y Obstetra	3164962031	rosalyndona@hotmail.com							X		Rosalinda Dorado C.
2	Nathaly Sarmiento	1098729064	X			32	Floridablanca Foscal	Residente Ginecologia	3016182033	nsarmientip@unal.edu.co							X		
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dolyan Patricia Dongond Chacón Edad 37

Dirección e información de contacto:

Cra 24 #31-110 T2 Apto 103 Tel. 3152673449

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dolyan Dongond

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lina María García Argueta Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

cra 23 # 27 - 73 Tel. 3168362515

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 25 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Marcela Prada Diaz Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

dprada522@unab.edu.co Tel. 3112074780

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paula Andrea Suarez Torres Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

CRA 10B #22-67 Barrio Guanata Tel. 3115535862

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Paula Suarez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosa María Gamica Delgado Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Cra 2 #23-70 Piedecuesta Tel. 3138105693

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rosa María Gamica D.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Olga Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Catalina Acuña Edad 35

Dirección e información de contacto:

Cra 7 # del Hotel Tel. 3002000506

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Geraldine Pedraza Orueño Edad 27

Dirección e información de contacto:

Cra 44 #64a - 73 - La Floresta Tel. 3028333628.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

316

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 02/10/2025 En (municipio, país): FLORIDABLANCA / COLOMBIA.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

[illegible] Edad 39

Dirección e información de contacto:

Calle 203 #91B30 Tel. 3182207075

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ludyn Stella Becerra Ramirez Edad 57 años

Dirección e información de contacto:

Calle 21 Nº 26-111 Stacruz Giron Tel. 3114672907

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yesell Silva Esteves Edad 32

Dirección e información de contacto:

San Carlos cra 17#1N-11 Tel. 3156335199.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Florida Blanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosalinda Donado Cepeda Edad 50 años

Dirección e información de contacto:

Cra 38 N 44-88 Apto 206 T3 B/mirador Tel. 3164962531

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rosalinda Donado C.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

320

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 06 /10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

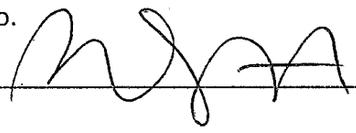
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nathaly Sanabria Edad 32

Dirección e información de contacto:

Cll 19#31 45 Tel. 7016183C3

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Floridablanca

Fecha: 08 octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
08/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa Memoria USB Para JEFA.	1	Erlith Patricia Alfonso Dayan DANGOND	FOSCAL
08/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Catalina Muñoz	Foscal
08/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Paula Suarez	UNAB / Foscal
08/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Lina María García Angarita	FOSCAL
08/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	DAYAN DANGOND CHACÓN	FOSCAL
08/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	LEIDY RIOS A	FOSCAL
08/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Rosa María Gamica	Foscal
08/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	PATO	Foscal

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Floridablanca

Fecha: 08 Octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
08/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		FOSCAL
08/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Foscal
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	6
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: García Rovira | Municipio: Málaga | Fecha: 8 de Octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PARE mm

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Daniela Victoria Martinez Hernandez	1096958341	X			27	Malaga ESE Hospital Regional GR.	Coordinador medico	3222132301	consultaexterna@hrgr.gov.co							X		Daniela V. Martinez H.
2	Ana Joaquina Nuño Padilla	63396200	X				Malaga HRGR Soltesalud	Auxi Enferm	3125249609	ninopadilla ana joaquina@gmail.com							X		
3	Lilia Amparo Celis²	63396644	X			50	Malaga H.R.G.R Soltesalud	Aux Enfermeria	3203212308	Amparitacelis350 gmail.com							X		
4	Zulma Paola Niño Manrique	1095810410.	X			33	Malaga. H.R.G.R. Soltesalud.	Aux. Enfermeria	3134396755	Paoniz24@Gmail.com.							X		Zulma Niño
5	ANDREA ZARATE DIAZ	63.398.644	X			39	MALAGA H.R.G.R SOLTESALUD	AUX ENFERMERIA	3222422513	andreazaratediaz@gmail.com							X		
6	Aydee Landinez Arenas	63395125	X			48	Malaga HRGR	AUX Enfermeria	3108830088	Aydeelo@gmail.com							X		Aydee Landinez
7	Elva Maria Gamez Pena	63.392648	X			58	Malaga HRGR	Aux de Enfermeria	3112241534	elvitagamez@gmail.com							X		Elva Gamez
8	Sergio Duván Correa	1193087224		X		23	Malaga HRGR	Aux de enfermeria	3148879123	sergodu25@gmail.com							X		Sergio Correa
9	Linda Mayerli Chaparro	1007536281	X			23	Malaga S. Soltesalud	AUX.enf.	3107845939	chaparrolindas@gmail.com							X		Linda Chaparro
10	Angélica Tatiana Pérez C	1005231279	X			22	Malaga. S. Soltesalud	Enfermera	3183341205	aperez657@unab.edu.co							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M). Visual (V). Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: García Rovira | Municipio: Málaga | Fecha: 8 de Octubre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PARE mm

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Erika Yasmin Angarita Santos	1.090.488.865	X			30	Malaga ESE HRGR	Enfermera	3123374826	erikaangsantos2309 gmail.com							X		
2	Maun Alejandra Rojas Davila	1096953866		X		32	Malaga H.R.G.R	Auxiliar Enfermeria	3137120356	Uauus-14PPQ 2004@hotmail.com							X		
3	Helberth Fabian Quintero Ballesteros	1.096952956		X		33	Malaga. H.R.G.R.	Auxiliar Enfermeria	3125006215	guiru9ra@hotmail							X		
4	Laura Ximena James Maldonado	1097694025	X			19	Malaga Ese. H.R.G.R	Auxiliar Enfermeria	3108505376	laurximenajamesmal 456@gmail.com							X		
5	Fernando Rodriguez	1.127393915		X		29	Malaga HRGR	Medico	3123122591392	fernandorodriguez01 @hotmail.com				X			X		
6	Maribel Hernandez	63.556.975	X			41	Málaga ESE HRGR	Auxiliar de Enfermería	317 3978281	maribeldavid.19 @gmail.com							X		
7	DAGOBERTO MARINO GONZALEZ	1098683610		X		35	Encino Hospital de Encino	Medico General	3212057908	dagobertom81@gmail.com							X		
8	Adriana Sanguino Quintero	1005230819	X			23	Encino Hospital	Enfermera	3115738483	adrianasanguino16@gmail.com							X		
9	Liberth Avila M	91576723		X		39	HRGR	Medico	3142579260	Abavilleda22@gmail							X		
10	Andrea Carolina Alarcon	1126426941	X			30	Malaga HRGR	Auxfnfermeria	3212186182	andrea_espisa@hotmail.com.							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: García Rovira | Municipio: Málaga | Fecha: 8 de Octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de Emergencias obstétricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participación Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Alexander Daza Peñaloza	13721918		V		48A	Malaga	enfermero	3214590978	qilda2@hotmail.com							V		
2	Liseth Daranna Sepulveda Diaz	1.102.388.717	X			26	Malaga.	Enfermera	3154537556	lisethsepulveda2@gmail.com							X		
3	Leidy Bravo Ayuna	1143333803.	X			36	Malaga	Enfermera	3215188230	leidy.bravo@							X		
4	Stefany Marquez Bueno	1143121061	X				Malaga	Enfermera	3225049788	stefyq16@							X		
5	Natalia Andrea Cadillo P	1095843007	X			25	Malaga HRGR	Médica	3202925206	nathalica.gp11@gmail.com							X		
6	Angie Patiño Vera	1096956990	X			28	Malaga HRGR	Enfermero	3143782410	angpati1024@gmail.com							X		
7	Dindra Castellanos C	22477348?	X			46	Malaga HRGR	Enfermera	3167838902	Dindra@outlook							X		
8	Erika Tatiana Buitrago	1096952381	X			34	Malaga HRGR	Aux. Enferm.	3202453321	luce-e-v@hotmail.com							X		
9	Stefany Uyaban Carrillo	1007536418	X			22	Malaga HRGR	Aux. Enfermeria.	3213395193	stefanyuyaban@gmail.com							X		
10	Emilcen Bautista	1098730019	X			39	HRGR Malaga	Aux enf	3144791282	emili1821@hotmail.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra LGBTIQ+ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Garcia Rovira | Municipio: Málaga | Fecha: 8 de Octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Rtel funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO				
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Luz Dary Jaimes C	1095811018	x			33	Malaga	Aux Enfermeria	3103016372	Darylire9201@hotmail.com							x		
2	Jorgelis Macleleth Tres T	1243339331	x			21	Malaga	Aux enfermera	3209858565	Jorgelis-torres 116 @gmail.com							x		
3	Luis Gonzalo Magallan G	1005300043		x		26	Malaga	Aux Enfermero	3175339442	luchomon0224 99 @gmail.com									
4	Diana Alcantara	1140416136	x			34	Malaga	Aux enf	3108857960	dianca_17 @outlook.							x		
5	Angie Giseth Vega C	1096960067	x			25	Malaga	Aux Enf	3108617958	giseth102016 @gmail.com							x		
6	Karen Yulitza Suarez P.	1005231307	x			22	Malaga	Aux Enf.	3189204807	YulitzaSuarez7@gmail.com							x		
7	Karen Manuela Niño G	1096958881	x			27	Malaga.	Enfermera.	3162762719	enfermeriachicq.gov.co							x		
8	Esperanza Alzate R	28076425	x			50	Malaga	AUX ENF	3212948384	esperanzaalzate20 arenales@gmail.com							x		
9	Laura Torres A	1094240687	x			40	Málaga	Asesora Calidad	3137723062	sogcmalaga@gmail.com							x		
10	Diana Carolina Pérez M	1005276809	x			30	Malaga	Aux enf	3132318450	Perezmorenodiana Carolina21@gmail.com							x		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino) CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), Intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: García Rovira | Municipio: Málaga | Fecha: 8 de Octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	INTERSECCIONALIDAD																FIRMA / HUELLA
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
			F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	
1	Leslie A Durán Ruiz	63552918	X			41	Malaga HRGR	Enfermera	3144773507	lesliedurant@gmail.com						X	X		Leslie A Durán
2	Ana Rocio Cristancho R.	28387.775	X			43	Malaga HRGR	Aux Enfermería	3124157226	arochyCristancho 250 gmail.com						X			Rocío Cristancho R
3	PAUL SUAREZ	1098797945		X		28	MÁLAGA/HRGR	MEDICO	3125203561	dalecosa59.dlss @gmail.com						X	X		PAUL SUAREZ
4	Judith Isabel Cdes	63393.748	X			50	Malaga HRGR	Aux Enfermera	3222484080	JudithCelis7 @gmail.com							X		Judith Celis
5	Maria Lucia Murillo	63533566	X			42	Malaga HRGR	Enfermera	3112230122	malu726@hotmail.com						X	X		Lucia Murillo
6	Lizeth Mendoza	1095826595	X			30	Malaga HRGR	Enfermera	3117408327	Lizeth19913@ gmail.com						X	X		Lizeth M
7	Omaira Muncivar L.	63392907	X			57	H-R-G-R Málaga	A/ENFE	3144673757	omaira-gata @ hotmail.com							X		Omaira M
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) . Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daniela Victoria Martinez Hernandez Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

consultaexterna@hrgr.gov.co Tel. 3222132301

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Daniela V. Martinez H.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Navo Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Jaqueline Nino Padilla Edad_____

Dirección e información de contacto:

málaga Tel. 3125247609

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

330

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga , Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

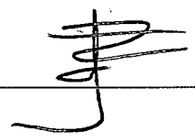
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Libia Amparo Celis Edad 50

Dirección e información de contacto:

Cra 6 # 15-62 B. Unión Tel. 3203212308

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Zulma Paola Niño Manrique Edad 33 A.

Dirección e información de contacto:

calle 26C # 8C-16. manzana 11 casa 271 Malaga. Tel. 3134390755

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Zulma Niño.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

ANDREA KATERINE ZARATE DIAZ Edad 39

Dirección e información de contacto:

EDFICIO VILLA MARIA APTO 501 Tel. 3222422513

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: ANDREA ZARATE

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Aydee Landinez Cuellar Edad 48

Dirección e información de contacto:

Calle 18 N. 11-25 Barrio la esmeralda Tel. 3108830088

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Aydee Cuellar

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elva Maria Gómez Peña Edad 58.

Dirección e información de contacto:

Calle 21A # 13-36 Villa de San Juan Tel. 3112291534

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Elva Maria Gómez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

335

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sergio Dovan Correa Chia Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Malaga - Santander Tel. 3146867923

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Sergio Correa

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Linda Mayerli Chaparro Estupiñan Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Malaga-santander Tel. 3107845939

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

337

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nova Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angélica Tatiana Pérez Cárdenas Edad 22

Dirección e información de contacto:

Málaga - Santander Tel. 3183341205

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nova Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Enfa Yasmin Argenta Santos Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Málaga/Santander. Barrio parcitas Tel. 3123374826.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Enfa Argenta Santos

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Hecum Alejandro Ruiz Nuñez Edad 32

Dirección e información de contacto:

cra 6a # 16a-17 Tel. 3137150356

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yelberth Fabian Quintero Ballesteros Edad 33 Años

Dirección e información de contacto:

Cll #7#14-86 Apt. 302. Tel. 3125006215

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Ximena Jaimes Maldonado Edad 19 años

Dirección e información de contacto:

Carrera 9 # 21 – 165 universidad Tel. 3108505376

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Jaimes

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

342

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/2025 En (municipio, país): Malaga / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Fernando Elías Rodríguez Mora Edad 29.

Dirección e información de contacto:

Urb. Bella Vista Tel. 312-2541892.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: NO. Sin embargo No tengo inconveniente

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

343

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maribel Hernández Rojas Edad 41 años

Dirección e información de contacto:

Cll 13A # 5-76 B Popular Modelo Tel. 317. 397 82 81

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Maribel Hernández

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga , Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dagoberto Marino Gonzalez Edad 35

Dirección e información de contacto:

Málaga Tel. 3212057908

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: DAGOBERTO MARINO G.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

345

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

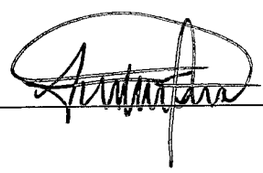
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana Sanguino Quintero Edad 23

Dirección e información de contacto:

Málaga Tel. 3115738483

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 25 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Libardo Aguilar M. Edad _____

Dirección e información de contacto:

Málaga Tel. 3143892663

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Carolina Alarcon Ortiz Edad 30 años.

Dirección e información de contacto:

Cerrito. Barrio Belen. Tel. 3212486182.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Andrea Alarcon.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

348

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Malaga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alexander Daza Peñaloza Edad 46 años

Dirección e información de contacto:

Malaga Tel. 3214590978.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Alexander Daza

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Malaga/ Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liseth Dayanna Sepúlveda Diaz Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Edificio Cristales apto 604. Tel. 3154537556

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Malaga, Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Porvo Alguiz Edad 36 años

Dirección e información de contacto:

Ciudadela confenalco casa 54 Tel. 3215188230

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Leidy Porvo Alguiz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 25 En (municipio, país): Matanza | Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Stefano Marquez Bueno Edad _____

Dirección e información de contacto:

San Jose de Miranda Tel. 3225040988

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Andrea Gordillo Pardo Edad 25

Dirección e información de contacto:

HRGP Tel. 3202925200

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angie Paliño Vba Edad 28

Dirección e información de contacto:

HRGR Tel. 3115782419

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Angiepaliñovba

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 25 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dinadis Castellanos Coronado Edad 46 Años

Dirección e información de contacto:

Kra 7 # 14-50 piso 2 Tel. 3167838902

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Erika Tatiana Buitrago Gallo Edad 34 años

Dirección e información de contacto:

Transversal 9B # 2-08 Mz A Villadora Tel. 3202453321

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Erika Tatiana Buitrago Gallo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Stefany Yaban Carrillo Edad 22 a

Dirección e información de contacto:

Cra 10a # 21-27 Tel. 3213395193

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Stefany Yaban.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Emilcen Bautista Vargas Edad 39

Dirección e información de contacto:

Cra 6 # 4-38 Tel. 3194791282

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Dary James C Edad 33.

Dirección e información de contacto:

Ciudadela Confenalco casa 93 Tel. 3103016392.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jargelis Marieleth Pino Torres Edad 21 años

Dirección e información de contacto:

Carrera 7 # 15-06 Barrio Unión Tel. 3209058565

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

[illegible] Edad 26 Años

Dirección e información de contacto:

Cra 6 N 6-870 Tel. 3245232642

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9/10/25 En (municipio, país): Malaga Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juan Caroline Albarracin Edad 34

Dirección e información de contacto:

Concepcion Santander Tel. 3108870980

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Juan Albarracin

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga. Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angie Giseth Vega Cerquera. Edad 25 años.

Dirección e información de contacto:

Ciudadela Comfenalco casa 13-Malagá Tel. 3108619958

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción, exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Yulitza Suarez Perez Edad 22 Años

Dirección e información de contacto:

Calle 15#7-94 Barrio Union Tel. 3189204807

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Karen Yulitza Suarez P.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Santander, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Manuela Niño G. Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Calle 12 # 13a - 06 B. El Bosque Tel. 3162762714.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Karen Manuela Niño G.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Esperanza Ibarra Arenale Edad 50 años

Dirección e información de contacto:

Calle 3 N° 3-34 Barrio García Rovira Tel. 3212940384

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Esperanza Ibarra Arenale

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga Santander Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Isabel Torres Albarracín Edad 40 Años

Dirección e información de contacto:

Cra 10 N° 15-78 Barrio Ricaute Tel. 3137723062

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Isabel Torres A

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Carolina Pérez Moreno Edad 30

Dirección e información de contacto:

Cll 16 #5-56 Barrio Unión Tel. 3132318450

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Diana Pérez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leslie Alexandra Durán Ruiz Edad 41

Dirección e información de contacto:

Calle 21 A # 13-13 Tel. 3144773507

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: LeslieADuran

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Rocío Cristancho Rodríguez Edad 43 años

Dirección e información de contacto:

Calle 5 N° 4-36 Tel. 3124157226

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: AnaRocíoCristanchoRdz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

DAVID LEONARDO SUÁREZ SANDOVAL Edad 28 A

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3125203561

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: DAVID L. SUÁREZ

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 /10/ 25 En (municipio, país): Málaga Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

judith Isabel Celis Celis Edad 50 años

Dirección e información de contacto:

cra 6#15-62 Barrio union Tel. 3229434080

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: judith Isabel Celis Celis

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Malaga, Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Luca Morillo Meleudez Edad 42años.

Dirección e información de contacto:

Edificio Veneaan apto. 605. Tel. 3112230122

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Maria Luca Morillo M.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): Málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Navo Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lizeth Catalina Mendoza Navarro Edad 30 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Cra 10 # 11-76 Barrio centro Tel. 3112908327

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Lizeth Mendoza

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 8 / 10 / 2025 En (municipio, país): málaga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Omaira Muñevar Lizarazo Edad 57 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Calle 8 N9 8-31 S 2º PISO Tel. 3144673757

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Omaira Muñevar L.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: García Rovira

Municipio: málaga

Fecha: 8 de octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
08/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	DAVID SUÁREZ	ESE Hospital Regional García Rovira.
08/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	3	DAGOBETO MARINO GONZALEZ	Hospital de Enciso
08/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. + USB	1		Hospital de Enciso
08/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Leslie Abham	HRGR málaga.
08/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Luisa Cely	HRGR málaga.
08/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Sergio Correa	HRGR
08/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Zulma Niño	HRGR Sortesalud
08/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Aydin Cem	málaga HRGR
08/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1		Hospital Regional García Rovira.
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: García Rovira
Municipio: Málaga
Fecha: 8 de Octubre 2025
Hora: 7:00 am
Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
08/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa Memoria USB	1	Laura Isabel Flores Ct	ESE Hospital Regional García Rovira Málaga
08/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Enfa Angelita Santos	Hospital Malaga. Partos.
08/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	2	Luca Morillo Melendez.	Hospital Malaga UCI.
08/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Stefanny Marquez Bueno	Hospital Malaga Urgencias
08/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Liceth Melgarejo	Hospital Malaga Hosp
08/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Angie Sanguino Quintero	ESE Hospital Enaso
08/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1		sortesalud málaga
08/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Laura Jaimes	ESE Hospital Regional García Rovira

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Garcia Rovira | Municipio: Capitanejo | Fecha: 9 de Octubre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA							DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Carmen A Rodriguez B	7805361	X			58	Capitanejo	A Enfermeri	3204474227	carb3009672@hotmail.com									Carmen A Rodriguez Bayona
2	Sandra M Cely C.	63397079	X			44	Capitanejo	Aux Enf	3133109721	Sandritacely@hotmail.com									
3	Linda Rosa Buelvas vega	1065913890	X			30	E.S.E. San Roch. Capitanejo	Medico general	3167063713	linda.buelvas.vega@gmail.com							X		
4	Nely Maria Hoertas Castellanos	28076206	X			53	San José de Miranda	Aux Enferm	3115571352	nelitaz806@hotmail.com							X		
5	Nathaly Isabel Efferso B.	1193138579	X			23	San José de Miranda	Médica SSO	3175684173	nathaly.efferso@gmail.com							X		
6	Yuddy Kardino Ruiz	28034376	X			38	San José de Miranda	Enfermera	3214667431	Yuddy_456@Hotmail.com							X		
7	Carmen Adarme M.	63.393167,0				57	ESE Hospital San Bartolome Capitanejo	Auxiliar de Enfermia	3102038454	menchita_274@hotmail.com							X		
8	Sayra Brityth Alarez	1095801951	X			36	ESE HSBC.	Auxiliar Enfermeria	3222226743	Sayramay19@gmail.com							X		Sayra Alvarez.
9	Leidy Ximena Reyes V.	1098680835	X			35	ESE HSBC	enfermera	3178945519	leidy.reyes@gmail.com							X		
10	Nelly HERRERA B	28053374	X			58	HSB HSBC	Aux enf	3138102612	nellyhsb@gmail.com									

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: García Rovira | Municipio: capitanejo | Fecha: 9 de Octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																
				GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO	
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Hercilia León Sandinez	28.053.678		X			56	capitanejo	Auxiliar Enf	3208530716	herlelap@hotmail.com					X				
2	Carlos Ignacio Maldonado	1098101129.			X		34	Capitanejo	Auxiliar Enfermeria	3208305580	carlostuerferm@gmail.com.					X				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carmen Alicia Rodriguez Bayona. Edad 58 años

Dirección e información de contacto:

Carrera 1A #435 Tel. 3134055590

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Carmen Alicia Rodriguez Bayona

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandra Milena Cely Castellanos Edad 44 Años

Dirección e información de contacto:

Manera A Casa 5 Villa de San J. Tel. 3133109721

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Linda Rosa Bueras Vega Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Capitanejo/Santander Cra 1A#4-45 Tel. 3167063713

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nelly Maria Hoertas Castellanos Edad 53 años

Dirección e información de contacto:

Calle 13A #12-A - 11 Málaga Tel. 3115571852

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 09 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nathaly Isabel Effer Bohorquez Edad 23

Dirección e información de contacto:

San Jose de Miranda Tel. 3167568973

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Nathaly

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ruddy Karolina Ruiz R Edad 38

Dirección e información de contacto:

Cll 11 # 7-15 Tel. 3214667934

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Y Ruiz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carmen Adarme Mariño Edad 57 años

Dirección e información de contacto:

Vereda Montecillo Tel. 3102038454

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Carmen Adarme Mariño

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sayra Brigith Alvarez Caicedo. Edad 36 años

Dirección e información de contacto:

Calle 3 # 1-41 Riveras Sol - Capitanejo Tel. 3222226743

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Sayra Brigith Alvarez Caicedo.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargal

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Ximena Rey Vera Edad 35

Dirección e información de contacto:

Cra 4 # 7-52 Tel. 3178945519

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Leidy Rey.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

NEILA HERRERA BARON Edad 58

Dirección e información de contacto:

Capitanejo Tel. 3138102612

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: NEILA HERRERA B

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Hercelio Leon Sandinez Edad 56 años.

Dirección e información de contacto:

Cra. 2 #3-84 B. Santa Lucia Tel. 3208530716.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Hercelio Leon P.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 10 / 2025 En (municipio, país): Capitanejo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Gloria Isabel Nava Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carlos Ignacio Maldonado Godoy Edad 34

Dirección e información de contacto:

cra 3ª # 1A-35 Sur Tel. 3228305580

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Carlos Maldonado

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: García Rovira

Municipio: Capitanejo

Fecha: 9 de octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
9/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa Memoria USB	1		ESE Hospital San Bartolome.
9/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa + USB	1		ESE Hospital Nuestra Señora
9/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	7		ESE Hospital San Bartolome.
9/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1		ESE Hospital San Bartolomé
9/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	7		ESE Hospital Nuestra Señora de los Remedios
9/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1		ESE Hospital Ntra. Señora de los Remedios
9/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Saira Alvarez	ESE HSBC
9/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Carmen A. Rodriguez Bayona.	ESE Hospital San Bartolome

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Floridablanca S/der | Fecha: Octubre 17 de 2025. | Hora: 7:00 a.m.

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PAREMM

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO					
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Valentina Mantilla Lizcano	1098819077	X			26	Floridablanca ICV	Medico general	3143028507	valentinamantilla@fcv.org							X		
2	Paola Alexandra Zambrano Martinez	1232397053	X			29	Floridablanca ICV	Medico general	3012649368	Paolazambrano1506 @gmail.com							X		
3	Maria Jael, Correa Baron.	1003633870	X			25	Floridablanca ICV	Auxiliar de enfermeria	3216619000	mariajaelcorrea@ gmail.com.							X		
4	Karoll Dayana Villalba Escategui	1098791972	X			28	Floridablanca ICV	Enfermera.	3115845024	KarollVillalba@ fcv.org							X		Karoll D. Villalba
5	Martha Patricia Tellez	52129762	X			52	Floridablanca ICV	AUX de enfermeria.	3123929530	marthatellez@fcv.org							X		Martha Tellez
6	Allen Rocio Hernández	63505471	X			51	Florida / ICV	Enfermera Calidad	3166508292	allenhernandez@fcv.org							X		
7	Yerly Nathalia Guerra Sanabria.	1098745193.	X			32	Floridablanca HIC.	Enfermera	3006167433.	yerlyguerra@fcv.org.							X		
8	Merghye Lizeth Mendez Diaz	1098801151	X			27	Floridablanca HIC	Enfermera coordinadora	3152057013	merghyemendez@fcv.org							X		
9	Hernando Parra	91077524		X		91	Floridablanca HIC	Administrador	3204563	hernandparra@fcv							X		
10	Adriana Camila Rincon	1007726591	X			25	Floridablanca ICV	Enfermera coordinadora	3102833582	adrianarincon76@ gmail.com							X		Adriana Rincon

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestion del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Floridablanca | Sede: | Fecha: Octubre 17 de 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PAREMM

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Jeison Celis Jaimes	1005150185		X		24	Floridablanca	Enfermero	3172867111	jeisoncelis@fcu.org						X	x		Jeisn Celis
2	Cesar Eduardo Niño Ca	1093787557		X		28	Floridablanca	Enfermero	3152350193	cesarnino@fcu.org						X	X		
3	Slendy Tatiana Barrera	1005325281	X			24	Floridablanca	Enfermera	3106219279	slendybarrera@fcu.org					X		X		Slendy Tatiana B
4	Silenis Gualdrón	1095800543	X			36	Floridablanca	Enfermera	3132544414	bailagualdron@fcu.org							X		
5	MELIA MUÑOZ	37753253	X			42	Floridablanca	Lider ACO	3176366598	MATERNO Fetal GINECOBSTETRA							X		
6	Mayra Vargas G	1143380011	X			30	Floridablanca	Medico	3144732089	mayravargal2704@Gmail.com							X		
7	Angie Cordero H	1192895740	X			24	Floridablanca	Aux. Enfermeria	3213184895	angie cordero@fcu.org						X	X		Angie Cordero
8	Cristina Martinez	37556982	X			48	Floridablanca	Enfermera	3002018803	cristinamartinez@fcu.org							X		Cristina Martinez
9	Consuelo Mora	52715434	X			44	Floridablanca	Auxiliar Enfermeria	3143966680	consuelo mora@fcu.org							X		Consuelo Mora H
10	Nicolas Beal	1098792373		X		28	Florida	Medico	3184023723	Obstetricia Urgencias							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), Intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	**REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS**	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Floridablanca S/der | Fecha: Octubre 17 de 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PAPE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Diana Bohorquez	1098663751	X			36	Floridablanca ICV	Ginecologa	3213921762	dianabohorquez4@Hotmail.com							X		Diana Bohorquez
2	Luis A Carreño	91151164		X		62	Floridablanca	Cirugia	3017570926	lucece2000@Hotmail.com.							X		
3	Anna M. Pinzon	37842262	X			44	Floridablanca	Lider Area Urgencias	3008184808	anapinzon@fcv.org.							X		
4	Francy Liliam Calderon	1098407243	X			36	Fl. Bl. FCV	Enfermera coordinadora	3223760732	francycalderon@fcv.org							X		
5	Laura Melissa Arias	1098677606	X			36	Florida.	Enfermera	3173103445	lauraarias@fcv.org							X		
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Valentina Mantilla Cifrano Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Circunvalar 35 - 119. Bulevar del Lago Tel. 3143028507

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Valentina Mantilla L.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 25 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paola Zambrano Martinez Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

Tv el bosque #17-17 Tel. 3012649368

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 25 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Jael correa Barón Edad 25

Dirección e información de contacto:

Av 7 n 16 – 31 Tel. 3246619000

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Maria Jael correa

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 25 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karoll Dayana Villalba Uscategui Edad 28 Años

Dirección e información de contacto:

Cll 13 N# 16-111 Tel. 3115895029

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Karoll D. Villalba.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 25 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Martha Patricia Tellez Edad 52

Dirección e información de contacto:

Cra 8w # 18A-02 Apt 1008 Tel. 3123929530

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Martha P Tellez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Aiden Hernandez Edad 51

Dirección e información de contacto:

Clle 155 A # 23 - 58 Tel. 6796470

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: David

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca / Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yely Nathalia Guerra Sanabria. Edad 32 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 28 # 24-39. Tel. 3006165433.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Nathalia Guerra S

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Merghye Lizeth Mendez Diaz Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Cra 14 #1-25 Tel. 3152987013

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17/10/2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Heriberto Pena Reyes Edad 41

Dirección e información de contacto:

Cra 22 Nº 27-29 Tel. 3204660324

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17/10/2025 En (municipio, país): Floridablanca, Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana Camila Rincón Acosta Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Cra 23 #27-73. Tel. 3102833032

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Adriana Rincón.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jeison Arley Celis Jaimes Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Calle 146 # 26-43 Conjunto Parque Campestre Tel. 3172867111

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jeison Celis

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Oscar Eduardo Niño Garay Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

Carrera 22 #50A-04 La Cordialidad Tel. 3162350193

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Slendy Tatiana Barrera Paredes Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Calle 8 # 19-37 Tel. 3106219279

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Slendy Tatiana Barrera

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Girley Silena Gaaldón Parada Edad 36

Dirección e información de contacto:

Fecha 5 B01-32 APTO 501 Altos de Bellavista Tel. 6/ 3132544414

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 /2025 En (municipio, país): FLORIDABLANCA, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

MERLY MUNOZ ESPINOSA Edad 42 AÑOS

Dirección e información de contacto:

CONDOMINIO QUINDUE PEÑON 28 Tel. 3176366598

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mayra Alejandra Vargas Quiroga Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Diag 19 #15-10 Floridablanca Tel. 314 473 2899

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Mayra V.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angie Fernanda Cordero Hernandez Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Cra-3 #15-83 Bella vista/piedecuesta Tel. 3213184895

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Angie Cordero H.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

412

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 /10 /2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Cristina Martinez Cala Edad 47 años

Dirección e información de contacto:

Cra 33 # 115-19 Tel. 3002018803

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Cristina Martinez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Consuelo Mora Holguin Edad 49 años

Dirección e información de contacto:

Calle 29 - 2E - 33 Apto 202 Tel. 3143966680

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Consuelo Mora H.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diego Nicolas Bernal Alarcón Edad 28 años.

Dirección e información de contacto:

Circunvalar 36a 104-131. Tel. 3184023721

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 25 En (municipio, país): Colombia, Floridablanca.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Bohorquez Edad 36 años

Dirección e información de contacto:

Dig 31 #53-64 Tel. 3213571782

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Diana C Bohorquez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Alberto Carreño Edad 63

Dirección e información de contacto:

Hospital internacional de Colombia Tel. 3017570961

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas ~~con~~ mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): FLORIDABLANCA, SANTANDER, COLOMBIA.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

ANNA MARIA PINZON CAMACHO Edad 44 AÑOS

Dirección e información de contacto:

C1147#25-30 PALMAS DEL CAMPO Tel. 3008189818

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): FLORIDABLANCA | COLOMBIA.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

FRANCY ULIANA GALEÓN PÉREZ Edad 36 AÑOS.

Dirección e información de contacto:

CLLE SAN # 3-14 APTO 301 Tel. 3223760732

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: FRANCY ULIANA GALEÓN PÉREZ

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 17 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Melissa Arias P Edad 36

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3173103145

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Melissa Arias.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Floridablanca. Santander.

Fecha: 17 de octubre 2025

Hora: 7:00 am a 12:00 p.m.

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta, USB. ✓	1	Laura Melissa Arias.	FCV
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Adriana Rincón	ICU-HIC.
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Karoll Villalba	ICV
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Francy Calderon	ICV
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Cristina Martinez	ICV
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Silena Gualdron.	ICV
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Hernando Parra	ICV.
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Martha Tellez	ICV
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	[signature]	FCV
17/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Consuelo mora	FCV
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Floridablanca S/der | Fecha: Octubre 18 de 2025 | Hora: ~~7:00~~ 8:00am - ~~1:00~~ 5:00pm

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Tatiana C. Diaz Mejia	1095840206.	X			26	Floridablanca.	Aux Enfermeria	3008195198.	Tatianacarolinadiaz Mejia130@gmail.com					X				
2	Susana Maya Caballero	63528944	x			43	Floridablanca	Coordinadora enfermeria Urgencias	3177622678	enfermeriasurghosp.@gmail.com susanamaya12@hotmail.com							A		S Maya C.
3	Angeth Tabarquino	1096072523	X			41	Floridablanca	Medico General	3133806013	correoparateleconsultas@gmail.com.							X		
4	Jenn. c. Jaramillo	13741751		X		46	Florid b.	Coordin. UT.	3005540445	coordinacion enfermeria_gerencap@gmail.							X		
5	Julio Cesar Morantes C. 91491971			X		48	Floridablanca	Aux Enferm	3153835353	Juliomorantes06@gmail.com							X		
6	Layla Patricia Benitez	63452002	X			44	Fblanca	Aux Enfermeria	3173360717.	leyri01292@gmail.com							X		Layla Benitez.
7	Dadgyeth Mercedes Celis	1102724154	x			29	Floridablanca	Aux Enfermeria	3213296218	dadgethyadisdiaz@gmail.com							x		Dadgyeth Celis
8	Marthayaimes S.	63517506	X			48	Floridablanca.	Aux Enfermeria	3214296077	marthayaimes2766@hotmail.							X		MJaimes S
9	Icela Ramirez	63403553	X			42	Floridablanca	Aux Enfermeria	3152013335	icela790@gmail.com							X		Icela Ramirez
10	Nathaly Espinosa Gil	91755203		X		27	Floridablanca	Medico SVC	3189067551	nespingil0967@gmail.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: metropolitana | Municipio: Floridablanca | Fecha: Octubre 18 de 2025 | Hora: 7:00am - 1:00pm

Objetivo: desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MN

				INTERSECCIONALIDAD																
				GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO	
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL		OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL
1	Lady Bautista	63550640		X			41	Floridab	Enfermera	3222985584	Ladybautista0710@gmail.com								X	
2	Jenny Hdz.O.	1098653207		X			38	Floridab	Aux Enf	3105241906	hernandezjenny$ida@hotmail.com.								X	
3	Fanny Figueras	63526069		X			42	Florida	Enfermera	3126010803	fannyfigueras1234@hotmail.com								X	
4	Florelva Jaimes	28161812		X			55	Florida	Aux Enf	3158457705	florelva06@hotmail.com.								X	
5	Elisa Jerez	37253492		X			44	Florida	Aux Enf	3203348499	Johojr@1hotmail.com								X	
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): de Floridablanca, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Autorizó Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tatiana Carolina Diaz Mejia. Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Cll 16a #64-16 Barrio sanCristobal Piedecuesta Tel. 3003195198.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Susana Maya Caballero Edad 43 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 104 # 29-17 Diamante 2. Tel. 3177622678.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca / Bucaramanga / Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yaropth Tabarquino Rivera Edad 41.

Dirección e información de contacto:

Villa Bell 11 4-25 Tel. 3133806013

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yaropth Tabarquino.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18/10/2025 En (municipio, país): Floridablanca. Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jairo Vol. Suarez Edad 46

Dirección e información de contacto:

jorgjmax@gmail.com Tel. 3005540445

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca. Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Julio Cesar Morantes Calderon Edad 48

Dirección e información de contacto:

Clle 126 # 66A 37 Tel. 3153835353

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: Julio Cesar Morantes Calderon

Firma: _____

Fecha 18 / 10 / 2025

República de Colombia / Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / oct / 2025 En (municipio, país): Floridablanca - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leyla Patricia Benitez T. Edad 44

Dirección e información de contacto:

Cra 28 193-58 Lagos II Tel. 3173360717

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Leyla Benitez T

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 /2025 En (municipio, país): Floridablanca - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mercedes Celis Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

Cra 30 # 18-27 Tel. 3213296218

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Mercedes Celis

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca. Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Martha Patricia Jaimes Delgado Edad 49 años

Dirección e información de contacto:

marthapjaimes2176@hotmail.com Tel. 3214296077

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Martha P Jaimes S

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Iolai Ramirez Angarita Edad 42

Dirección e información de contacto:

Calle 17A 55B 1 Morato Tel. 3152013335

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Iolai Ramirez Angarita

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nohan Espinosa Gil Edad 57

Dirección e información de contacto:

nespigil0867@gmail.com Tel. 3198867551

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca. Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Johana Bautista U Edad 41

Dirección e información de contacto:

Bucarica 4 Etapa Apto 522 Tel. 3222925654

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca. Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jenny Hernandez O. Edad 38 Años

Dirección e información de contacto:

Calle 42 # 4-130 lagos 2 Tel. 3105241906

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jenny Hdz O.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Francy Figueroa Edad 42

Dirección e información de contacto:

C 133 # 117-65 Tel. 3126010803

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18/10/2025 En (municipio, país): Floridablanca - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Florelva Ramos D. Edad 55

Dirección e información de contacto:

Cl 201A # 23-45 Tel. 3158457705

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Florelva Ramos D.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 18 / 10 / 25 En (municipio, país): Floridablanca. Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elisa Jerez Edad 44

Dirección e información de contacto:

Zapamaza 2 Tel. 320 334 8499

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Elisa Jerez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Floridablanca - s/der

Fecha: 18 de octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
18/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta, USB.	1	Franc1F	Urgencias
18/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Flor Elva Jaimes	Urgencias
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Jairo Jurado	Coordinador.
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Susana Mrqu Caballero	Clinica Guane.
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Yenny Hernandez Ortiz	Clinica Guane.
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Dadguelly Mercedes Celis	Clinica Guane
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Leyla Benitez T.	Clinica Guane. Urgencias.
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Tatiana Carvajal Diaz	Clinica Guane Urgencias
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	~~Yorgelli Tolosa~~	Urgencias. Valen
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Clinica Guane

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia:

Municipio: Floridablanca - Sider.

Fecha: 18 de octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Martha P Jaimes S	Clinica Oriente
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	Clinica Oriente
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Lola Torcoroma	clinica Oriente
Oct. 18/25	(Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta) USB	1	[illegible]	Cardiologia Oriente
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	Urgencias.
Oct. 18/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	Urgencias
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-PG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitano | Municipio: Girón | Fecha: 20 octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO				
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Martha García M.	28213112	X			57	Hospital Lebrija	Auxiliar de Enfermería	3158278191	mgarciam1728@gmail.com						X	X		
2	Sandra Milena Castillo Gomez	1095920924	X			35	Hospital lebrija	Enfermera Jefe	3154102691	csandramilena409@gmail.com							X		
3	Jaime Sanchez Ortiz	13891356		X		65	ESE Lebrija	Medico	3176577265	drc.jormesanchez@ebt1mail.com						X	X		
4	Fernando Reyes	97.488727		X		50	Vivasalud clínica Giron	Operario Ambulancia	3106838658	fernando.reyes@amg.com									
5	Natalia Bayona Churchill	1094277784	X			29	Clínica Giron	Dirección médica	3123172150	nataliabayona.md@gmail.com							X		
6	Mabelenin Adriana Solano Estrada	1098877863	X			26	Clínica Girón ESE	Médico general urg.	3124746839	mase5858@hotmail.com							X		Mabelenin A Solano E.
7	Leidy Alexa Torregano	1093739195	X			25	Clinica Giron	Med gen	3138537757	leidymoza@outlook.com							X		
8	José Manuel Santafé	095947137		X		29	Clínica Girón	Médico General	3175540126	josemantreran4517@gmail.com						X	X		
9	Janeth Arias H	24434810	X			58	Clinica Giron ESE	Auxiliar Enfermería	3125624532	janethariashurtado@Hotmail.com							X		Janeth Arias Hurtado
10	Cruz Celina Rozo	1094778071	X			40	Clinica Giron	Auxiliar de enfermeria	3118650521	cruzrozo850@gmail.com						X	X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (Ai, intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, desmovilizados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) . Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Girón | Fecha: 20 Octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PAFEMM

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Orfilra Rugeles	63351989	X				Clinica Giron	Aux enfermeria	3152863536	Foto Juancho@hotmail.com							X		Orfilra Rugeles
2	MARIE CAROLINA M.	1098686450	X			35	CLINICA GIRÓN	AUX ENFERMERIA	3184739780	marlecarolinamantillaguillamizar@gmail.com							X		MARIE MANTILLA
3	Anyi Yurley Palacio uribe	1005334119	X			25	clinica de Giron	Aux Enfermeria	3133906984	anyi.palacio8@gmail.com							X		Anyi Palacio
4	Jessica Castellanos	1005210023	X			23	Clinica Girón.	Aux Enfermera	3197707870	Jessicamanrique63@gmail.com							X		Jessica C.
5	Graciela Mier rueda	1115721247	X			39	clinica Giron	AUX enfermeria	3102984916	Gracielamier.rueda@gmail.com							X		Graciela M.
6	Firmo ↓ Ana Celina Rojo	1094778071	X				Clinica Giron	AUX. Enfermeria	3118684521	Anarojo2089@gmail.com							X		
7	Blanca. Chiarera	37875409	X			64		AUX Enfermera	3166692783 3166692783										
8	Lesly dayana Tarazona	1005163683	X			24	clinica giron	AUX Enfermera	3103163537	Tarazonaferer11@gmail.com							X		Lesly Tarazona
9	Isabella Velasco	1005'460.867	X			25	Clinica Girón	Enfermera	3222480421	isavelasco2503@gmail.com							X		
10	David A. Soto C.	1088070977		X		28	clinica Girón	Medico	3023686677	dsoto799@gmail.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Girón | Fecha: 20 octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Nathalia Meyendorff	1098877130	X			26 A	Girón - Clinica girón	Medico general	3152047744	marquegnathalia 88@gmail.com				X			X		
2	Uelerson Delgado	1098765330		X		29	Girón Clinica	Aux Enf	3168143767	luandres camilo@gmail.com				X			X		Uelerson
3	Briathe Alfonso	1007861648	X				clinica Girón	Aux enferme	3182414740	brigithegambeao8@gmail.com				X					Briathe G
4	Laura Orozco Pinto	1098786047	X			29	Clínica Girón	Coordinación médica	3150668835	Coordinacióngiron@uvasalud.co				X			X		Laura O.
5	Yessica P. Negrete Quitana	1095941670	X			30	Clinica Girón ESE	Directora de Calidad y A.S	3169755942	CalidadGClinicagiron.gov.co							X		
6	Andres Linares - Quintero	1098744773		X		31	Secretaria de salud	Cirujano	3162861638	alinares186@unab.edu							X		
7	Camila Andrea Barreto	1095948150	X			27	Secretaria Salud	Enfermera	3176254841	Camilabarreto484@gmail.com				X			X		Camila B.
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20/10/2025 En (municipio, país): Lebrija, Colombia - Girón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Martha García Martínez Edad 57 años

Dirección e información de contacto:

Cra. 16 #7-81 Bjos de C. Alegre Tel. 3158278191

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): LEBRIJA COLOMBIA - Gmón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandra Milena Castillo Gomez Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

Calle 22#15-38 conj. los robles Tel. 3154102691

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Colombia - Girón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Doña Sancha Cuadros Edad 65 años

Dirección e información de contacto:

Transv. 19B # 16-200 Casa 87 Primavera Versalles Tel. 3176575265

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia / Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 25 En (municipio, país): Girón - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Fernando Reyes del Río Edad 50

Dirección e información de contacto:

Cll 45 # 72-72 Tel. 3106838658

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Dayanne Bayona Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

calle 11 #26-41 arenales Tel. 3123772150

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mabelenin Adriana Solano Estrada Edad 26

Dirección e información de contacto:

Cra 35 #28 #20 Tel. 3124746839

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Mabelenin A. Solano E.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Mora T Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Cll 158 # 18 - 54 Tel. 3138537757

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jose Manuel [illegible] Edad 29.

Dirección e información de contacto:

carrera 23 Nro 27-5 L El bosque Tel. 3175540128

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Janeth Arias Hurtado Edad 58 años

Dirección e información de contacto:

Cra 24 # 20a 38 Portal Campestre 4 etapa Tel. 3125624532

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Janeth Arias Hurtado

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Giron

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Cra celina Rozo Escamilla Edad 40 años

Dirección e información de contacto:

Carrera 19 a #3--N4 SUR · Rincon del Rio Tel. 3118685821

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ofilia Rugeles Mateus Edad _____

Dirección e información de contacto:

Cll 126 # 19-48 Rio Prado Tel. 3152803536

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ofilia Rugeles Mateus

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): GIRÓN

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

MARIE CAROLINA MANTILLA VILLAMIZAR Edad 35

Dirección e información de contacto:

cl 14 B 12-09 VILLAS DON JUANI Tel. 3184739780

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: MARIE MANTILLA

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Anyi Yurley Palacio Uribe Edad 25

Dirección e información de contacto:

cll 13c #13a-39 Tel. 3133906984

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Anyi Palacio

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2021 En (municipio, país): Giron

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jessica Castellanos. Edad 23.

Dirección e información de contacto:

C11 23 17-21 Tel. 3172707888.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jessica Castellanos

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Graciela Mier Rueda Edad 39 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Calle 38A casa 28 Rincon de Girón Tel. 3102984916

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Graciela M Rueda.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Giron S.)

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Blanca Cecilia Herrera Ortega Edad 64

Dirección e información de contacto:

Cra 27 # 9A 23 Arenales Tel. 3166[illegible]2783

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Blanca

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 25 En (municipio, país): Girón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lesly dayana farazna Ferrel Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

calle 14 A N12-33 villas de juan2 Tel. 3108163557

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Lesly Dayana farazna Ferrel

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Isabella Velasco Alvarez Edad 25

Dirección e información de contacto:

Cll 32 # 25-50, Bga Tel. 3222480421

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daniel Alberto Soto Costa. Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Call 200 #12-52 El olmo. Tel. 3027686637

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón, - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nathalia Meyendorff Márquez Edad 26 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 200 # 12 - 528 T2 apto 701 Tel. 3152047790.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20/10/2025 En (municipio, país): Santander Girón

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yeferson Edad 29 Años

Dirección e información de contacto:

Clinica Girón Tel. Yeferson 3168143762

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yeferson Delgado.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 25 En (municipio, país): Girón - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Briarthe Alejandra Alfonso Edad 25 años.

Dirección e información de contacto:

cll 20 c #24-08 portal C. setapa Tel. 3118244740.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Briarthe Gamboa.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Girón, Santander, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Ongco Porras Edad 29

Dirección e información de contacto:

Cll 105 #17-176 torre 1 apto 608 Tel. 3150668835

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura O

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Giron, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yessica P. Mejia Duitama Edad 30

Dirección e información de contacto:

Giron Tel. 3167755942

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Giron, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrés Linares Quintero Edad 31

Dirección e información de contacto:

Giron Tel. 3162861038

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Giron, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas Ruiz

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Camila Andrea Barreto Edad 27

Dirección e información de contacto:

Giron Tel. 317625

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Camila B.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Girón

Fecha: 20 octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1		ESE Lebrija
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa + 1 USB	1		ESE LEBRIJA + 1 USB
20-10-25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1		Hospital Lebrija
20-10-25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Natalia Bayona	Clinica Giron.
20-10-25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1		clinica Girón.
20/10-25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Mabelenin A. Solano E.	Clínica Girón
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Jose Manuel Cantillo	Clínica Girón
20.10.25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Janeth Arias H.	clinica Giron E.S.E.

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana
Municipio: Girón
Fecha: 20 octubre 2025
Hora: 7:00 am
Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
20-10-25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Ofilia Rugeles Mateus	Clinica Giron Vivasalud
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	MARIE CAROLINA MANTILLA V.	CLINICA GIRÓN VIVASALUD.
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Anyi Yuley Palacio Uribe	clinica Giron vivasalud
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Jessica Castellanos	Clinica Girón Vivasalud
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Graciela Mier Rueda	clinica Giron Vivasalud.
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Cristina Rozo Escamilla	Clinica Giron Vivasalud
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Natalia Meyendorff Marques	Clinica Girón Vivasalud.
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Leidy Mosa T	Clinica Giron Vivasalud

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana
Municipio: Girón
Fecha: 20 octubre 2025
Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Leslu Dayana Taranana Perez	Clinica Girón
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Blanca Cecilia Herrera Ortega	Clinica Girón
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Fernanda Reyes	Clinica Girón
20/10/25	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa	1	Isabella Velasco	Clinica Girón
20/10/2025	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa Solo USB	1	Yessica Paola Mejia Ocampo	Clinica Girón ESE
	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa			
	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa			
	Agenda, lapicero, carpeta con información, bolsa			

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE: Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Piedecuesta s/dor | Fecha: Octubre 20 de 2025 | Hora: 7:00 - 1:00 pm

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PARE MM

				INTERSECCIONALIDAD															
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Adriana Lef. Reyes Alvarez	63.316 023		X			59	Piedecuesta clinica Piedecuesta	enfermera Jefe	3125792891	Seguridaddelpacientedipi@gmail.com						X	X		
2	Luis Carlos Vega	1038049774			X			Piedecuesta clinica piedecuesta	Aux de enfermeria	3004373717	coordinacionalle ga33@gmail.com					X				
3	Yenfer Fonseca	1005275364		X			26	Piedecuesta cli. Piedecuesta	Aux de Enfermeria	3246866456	Fajoyenifer211@gmail.com							X		Yenfer Pajo.
4	Adriana Gonzalez	1102386744		X			27	Piedecuesta clinica piedecuesta	Aux de Enfermeria	3153276469	adrigonzalezgma@gmail.com							X		Adriana G.
5	Angie Paola Bueno R	1015946575		X			19	Piedecuesta clinica Pta	Aux Enf	3152957481	angiebueno1501@gmail.							X		Angie NB
6	Jeraldine Hernandez	1.102.306.525		X			34	Piedecuesta clinica pta	Aux enfermera	3015422495	Patye_285@hotmail.com						X	X		Jeraldine Hernandez
7	Daryi Juliana G.	1107622875		X			19	Piedecuesta Clinica Piedecuesta	Aux Enfermeria	37622875	Julianagualdron0@gmail.com							X		Juliana
8	Laura Trujillo	1193572332		X			23	Piedecuesta Clinica pta	Jefe enferm.	3023009201	laura.arenas@gma.					X		X		Laura T.
9	Hubert Ortega	1005565614			M		22	Piedecuesta Clinica Pta	Aux Enfermeria	3209100343	hubertfernandodiaz30@gmail.com							X		Hubert O
10	Edgar Barrera	1.127.579113			X		39	Piedecuesta clenica pta	Medico	3185606981	manuelete88@hotmail.							X		Edgar Barrera

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indígena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RC-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: metropolitana | Municipio: Piedecuesta Oeste | Fecha: Octubre 20 de 2025 | Hora: 7:00am - 1:00pm

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstetricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Edgar Ramirez Ordu	91352548		X		44	SSO Departamental	profesional Apoyo	3012777064	edgarramirezordu7@gmail.com							X		
2	Johanna Vargas	63555.801	X			40	Clinica de Piedecuesta	Enfermera profesional	3181873334	johafellv16@gmail.com							X		Johanna Vargas
3	Liseth Perez ★	1005-110-806	X			24	Clinica Piedecuesta	Enfermera Profesional	3197877524	liseth.perez23@hotmail.com							X		
4	Maria Isabel Rincon Leal	1004999428	X			26	Clinica Piedecuesta	Enf. Profesional	3204135860	mariai.rincon@campusuca.edu.co							X		
5	Brayan Steven Pinzon Niño	1005542055		X		22	Clinica Piedecuesta	Enf Profesional	3503003723	brayanandrio16@gmail.com							X		
6	Diana Lucia Beltran Delgadillo	63952835	X			43	Clinica Piedecuesta	Aux Enfermeria	3195362942	dianacreativa20@gmail.com							X		
7	Lreth Johana Alvarez Velandia	1102357725	X			36	Clinica Piedecuesta	Aux Enf.	3187096476	lirethalvarez11@gmail.com							X		Liseth Alvarez
8	Luis Gabriel Argumedes Gonzalez	1032247427		X		23	Clinica Piedecuesta	Aux Enferm.	3135288044	argumedes123gonzalez@gmail.com							X		Luis Argumedes
9	Yinsten Tarres Vera.	1005153454	X			28	Clinica piedecuesta	Auxiliar de enfermeria	3004303091	yisstu23@gmail.com							X		Yinsten Tarres.
10	Betty Elizabeth Cerero	51800695	X			61	Clinica Piedecuesta	Coordinadora de urgencias	3163035802	coordinacionenfermeriacup@gmail.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) . Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Republica de Colombia Gobernación de Santander	**REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS**	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: metropolitana | Municipio: Piedecuesta sector | Fecha: Octubre 20 de 2025 | Hora: 7:00 - 1:00 pm

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PAFE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

						INTERSECCIONALIDAD															
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	YENNY CARREÑO	1016089540	X			29	Piedecuesta	Enfermería	3228222962	carreño60@gmail.com									
2	LUZ DARY PABON DEISY luzdarypabondelgado	1102361072	X			36	CLINICA PIEDECUESTA	AUX ENF-	3005242214	luzdarypabon1989@gmail.com									
3	Veronica andrea Ramos Guerrero	1069466528	X			21	Clinica Piedecuesta	Aux-Enf	3104916069	Veronicaandrearamosguerrero56@gmail.com									
4	ALEXANDRA PACHECO	1005685794	X			21	CLINICA PIEDECUESTA	AUX- ENF	3133086015	ypachecomacias@gmail.com									
5	Andres Roberto Quintero Bayon	1101685754		X		28	Clinica Piedecuesta	Aux Enf.	3148925041	andresq0511@gmail.com.									
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana María Reyes Alvarez. Edad 59.

Dirección e información de contacto:

Clínica Piedecuesta. Tel. 3125792891.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

476

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Carlos Vega Edad _____

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3009393192

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia / Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, trádicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

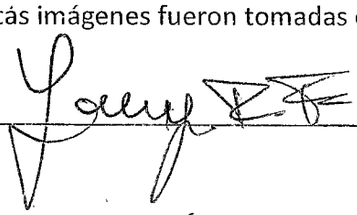
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yenifer Yuleth Rojas Fandiño Edad 26

Dirección e información de contacto:

la vega guatiguara Tel. 3246866456

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana Gonzalez Gomez Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Calle 2c # 10-71 Prados de Villanueva Tel. 3153277649

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Adriana G.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta-Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angie Paola Bueno Ramirez Edad 19 años

Dirección e información de contacto:

cl 15 #0-17 Tel. 3152957481

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: PaolaB.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

480

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jesica Patricia Hernandez Ramirez Edad 34.

Dirección e información de contacto:

Cra 12 # 5- 60. Tel. 3015422495

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jesica Hernandez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daryi Juliana Guaidron Navas Edad 19

Dirección e información de contacto:

Cra 2 # 20-50 Paseo Real 2 Tel. 3168259008

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Juliana

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Riohacha - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Vanessa Trujillo Arenas Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Cra 17 #9-07 cabecera del llano Tel. 3012004201

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Trujillo.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Hubert Fernando Ortega Barrera Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

CRA 7B#17-43 - villas de Cenaprov - Piedecuesta Tel. 3209100343

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Hubert Ortega

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edgar Barreta Edad 37

Dirección e información de contacto:

Carrera 15 # 104A-11. Bucaramanga Tel. 3155606981

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edgar Romber Ordoñez Edad 44

Dirección e información de contacto:

Cra 3f 1 7-39 Tel. 3012777064

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20/10/2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Johanna Vargas Edad 40 años

Dirección e información de contacto:

cra 17w #66-05 B. la gran Judea Tel. 3181823304

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Johanna Vargas

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liseth Perez Aparicio Edad 24

Dirección e información de contacto:

Conjunto residencial villona Manzana II Tel. 3197877521

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Liseth

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia / Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Isabel Ramón Leal Edad 26 A.

Dirección e información de contacto:

Cra 2 # 22-41 Paseo del puente 2 Tel. 3204135360

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta. Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Brayan Steven Pinzón Niño Edad 22

Dirección e información de contacto:

bryanan1u16@Gmail.com Tel. 3503003723

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Lucia Beltrán Edad 43

Dirección e información de contacto:

Cra 18a #3-11 Jardín del Pinar Tel. 3133362942

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liceth Johana Alvarez Velandia Edad 36 años

Dirección e información de contacto:

Clle 3 #10-83 Villanueva Tel. 3187096426

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Liceth Alvarez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Gabriel Arguelles Gonzalez Edad 23

Dirección e información de contacto:

Calle 32 # 12-21 Tel. 313 5288044

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luis Arguelles

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yinsban Torres Vera Edad 28 años.

Dirección e información de contacto:

Balcones colina Torre 4 - 1003
Circunvalar 36A. N° 104-47. Tel. 3153624652.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 12 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suárez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Betty Elizabeth Camargo Edad 67

Dirección e información de contacto:

Diagonal 6 # 1D Norte 15 Tel. 316 303 5802

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yenny milena Carreño Tarazana Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

Villa Valentina 1 casa 209 Tel. 3228222962

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

luz Dary Pabon delgado Edad 36 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Vereda Guamo grande Tel. 3005244214

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: luzDary PABON

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Verónica Andrea Ramos Guzman Edad 21

Dirección e información de contacto:

Ow - 02 Bamo El refugio Tel. 3104960899

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Veronica Ramos

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 10 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

YULY ALEXANDRA PACHECO M. Edad 21 años

Dirección e información de contacto:

calle 16a Casa 57 - Piso 2 villa Mar - Piedecuesta Tel. 3133086015

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Pacheco.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20 / 12 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Olga Ortiz Suarez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andres Quintero Baron. Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

ciudadela Barro Blanco. Tel. 3114892504.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia:

Municipio: Piedecuesta

Fecha: 20 de octubre 2025

Hora: 7:00 am - 1:00 pm -

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
Oct 20/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías, USB.	10	ANDREA GARCIA	Clinica piedecuesta.
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapelas, carpetas, infografías.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yariguies | Municipio: El carmen | Fecha: 23 Octubre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: TAPE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA							DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Jennifer Dayana Gutierrez Chacon	1005337113	X			24	el carmen	Enfermera Profesional	3143955399							X	X		
2	Kelly Yanessa Trespalacios Carmen	1.140.839.306	X			32	El carmen sh	Médico general	3204400702	Kellytgzchotmail.com						X	X		
3	Maylen Ayarto Lozano	28138879	X			41	El carmen	auxiliar	3104784840	Maylen-07@outlook.com							X		Maylen A.
4	Dayana Duarte	1005532107	X			29	El carmen	Aux Enfermera	3053473955	—							X		Dayana L.
5	Juan Manuel Prada	1004570666		X		26	El carmen	Med. General	3136659044	Juan MPrada							X		Juan MPrada
6	Angie Yasmin Ramirez	1005273000	X			25	El Carmen	Aux Enfem.	3228588907	—							X		Ramirez
7	Edson Tarazona	1116873509		X		26	El carmen	Aux. Enf.	3138895330								X		Edson T
8	Liliana velandia	28138904		X		41	El Carmen	Aux: Enfe.	3124452488	Lilianavelandia.							X		
9	Olga P Santamaria	63.469.482	X			49	El Carmen	Aux Enf.	3214471024	gogota1976@gmail.com							X		Olga S
10	Dayana PR	37746217	X			45	El Carmen	Enfermera Profesional	3183	Rodriguezramirezdayana@gmail.com							X		Dayana PR

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no sera transferida con ningun tercero de acuerdo a lo estabiecido en la Ley 1581 de 2012.

Republica de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Yariguies | Municipio: | Fecha: | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Angyi Zarith Mora T.	1005273013	x			24	El carmen	Aux. Enf.	3138913789							x		x	Angyi Mora.
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 2025 En (municipio, país): El Carmen de Chucuri

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Ospitia Melo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jennifer Dayana Gutierrez Edad 24

Dirección e información de contacto:

El Carmen Tel. 3143955399

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

504

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 2025 En (municipio, país): El carmen de chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Ospitia Melo

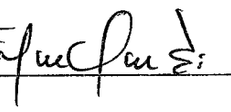
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kelly Trespalacios Guzmán Edad 32

Dirección e información de contacto:

Municipio El carmen de chucurí Tel. 3204400702

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 2025 En (municipio, país): El Carmen de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Osptia Melo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mayerly Ayala Lozano Edad 41 años

Dirección e información de contacto:

Municipio El Carmen Tel. 3104784847

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Mayr A

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 2025 En (municipio, país): El Carmen de Chucuri

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Ospitia Melo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dayana Lizeth Duarte Camacho Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

Municipio el Carmen de Chucuri Tel. 3183473905

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dayana Duarte Camacho

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 2025 En (municipio, país): El carmen de chucurí, colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Ofilia Ospitia Melo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juan Manuel Prada Ville Edad 26

Dirección e información de contacto:

Municipio El carmen de chucurí Tel. 3138639004

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Juan Prada

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 25 En (municipio, país): El Carmen Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Ospitia Melo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angie Yarmin Ramirez Gomez Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

El carmen de chucurí Tel. 3223588907

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Angie Yarmin Ramirez Gomez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23/ 10 / 2025 En (municipio, país): El Carmen de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Ospitia Melo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edson Tarazona Edad 26

Dirección e información de contacto:

El Carmen Tel. 3138895330

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Edson T.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

510

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 2025 En (municipio, país): El Carmen de Chucuri

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Ospitia Melo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Belkis Liliana Velandia Almeyda. Edad 4 años.

Dirección e información de contacto:

El Carmen de Chucuri Tel. 3124452458

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Belkis Liliana velanda A.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23/ 10 / 2025 En (municipio, país): El Carmen de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Ospitia Melo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Olga P. Santamaria Edad 49

Dirección e información de contacto:

El Carmen Tel. 3214471024

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: OPP

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 2025 En (municipio, país): El carmen de Chucuri

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Ospitia Melo.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juliana Rodriguez Ramirez Edad 45

Dirección e información de contacto:

Calle 2 Nº 2-42 Tel. 3118793873

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Juliana RR

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

513

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 2025 En (municipio, país): El carmen de Chucuri

Por (fotógrafo o camarógrafo): Orfilia Ospina Melo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angyi Zarith Mora Jaimes. Edad 24 años.

Dirección e información de contacto:

Vereda El 40 Tel. 3138913789.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Angyi Mora.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yariguies

Municipio: El Carmen de Chucurí - Santander

Fecha: 23 de octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
23/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta, **USB.**	1		
23/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE hospital el carmen
23/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE hospital el carmen
23/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Ese hospital el carmen
23/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE hospital el carmen
23/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ese hospital el carmen
23/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Ese hospital el carmen
23/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. + USB.	1		Ese hospital el carmen.
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1		ese hospital el Carmen
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ese hospital el Carmen
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Ese hospital el Carmen

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 24 de octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Carlos Alberto Africano Mantilla	91355250		X		42	Barrancabermeja clinica San Jose	Enfermero	3102540834	carlosafricano_1@hotmail.com									C° Africano
2	Ricardo Niño Arce	91287446		X		53	Barrancaberm ESJ	Aux Enfermia	3112095028	Nino5469@6md.com								1	
3	Adelfa Arce Mejia	63457409	X			54	Barrancabermeja clinica San Jose	auxiliar Enfermeria	3152506250	adarmemejia0360@gmail.com.								1	Adelfa Arce.
4	Dercy Torres Hernandez	1005222102	X			23	Barrancabermeja Clinica San Jose	Aux Enfermeria	3023335040	dercytorres5@gmail.com									
5	Jennifer Lavao	1096201284	X			19	Bcalmja clinica San Jose	Aux. Enfermeria	3223283297	Jenniferlavao47@gmail.com									Jennifer S.
6	Natalia Barraso	1097183580	X			20	Bcalmja clinica San Jose	Aux Enfermera	3214375794	ninisandrid@gmail.com									
7	Luis Carlos Arenas Ruiz	1102721767		X		32	Barrancaberm clinica San Jose	Auxiliar Enfermeria	3125745166 / 3222477579	luiscarlos29032014@hotmail.com									
8	Adriana Cortes Diaz	51590337	X				Barrancabermeja clinica San Jose	Enfermera	3118762281.	ddriana.cortesdiaz@gmail.com.									Del
9	Adriana Cortes	63582811	X				Barrancabermeja clinica San Jose	Aux Enfermeria	3002230241	adriana5140@hotmail.com									
10	Gerardo Hernandez Gallo	1006407146		X		30	B/ramaberja CSJ	Aux.	3102203637	Gallo1_15@hotmail.com.									Gerardo Hernandez Gallo

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 24 de Octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PAREMM

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Natalia Marcela Ardila Castellanos	CC 1005335913	X			25	Barrancabermeja Clinica San Jose	Médico general	3176721902	natalia.ardila00@hotmail.com							X		Natalia A.
2	Jhudit Ochoa Gonzalez	1095839980	X			30	B/Bermeja Sanjose	Enfermera	3022884980	Servicios@Clinicasanjosesas.com.co							X		Jhudit O.
3	Gustavo Agudelo Osorio	1005186628		X		25	BCA/Bju	Medico general	3212664330	gaao@hotmail.com							X		Gustavo Agudelo
4	Robert Vergara	79445.545		X		57	BCA/Bju	Ginecol.	3105177789	robertVergara@hotmail.com							X		
5	Eva Yolanda Ortiz	1005183034	X			28	B/Bermeja clinica San Jose	Enfermera	3163251492	evaosiera@gmail.com							X		Eva Ortiz
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carlos Alberto Africano Mantilla Edad 42 años

Dirección e información de contacto:

carlosafricano_1@hotmail.com Tel. 3102540834

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: C. Africano M.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____ / _____ / _____ -

518

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ricardo Niño Arce Edad 53

Dirección e información de contacto:

calle 48 #28-66 Tel. 3112095028

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

519

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adelso Manuel Arce Mejia Edad 54 años

Dirección e información de contacto:

Cra 30 #47-20 B. Pafmira Tel. 3152506250

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Adelso Arce M.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

520

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 23 / 10 / 25 En (municipio, país): Colombia, Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yerly Torres H. Edad 23

Dirección e información de contacto:

Carrera 54 Casa 233 Altos del campo Tel. 3023375040

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jennifer Alejandra Lavao Sierra Edad 19

Dirección e información de contacto:

Cll 52 #36D 131 Tel. 3223283297

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jennifer S.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Sandrid Barroso Navarro Edad 20 años

Dirección e información de contacto:

Calle 60 #39-33 B. la Esperanza Tel. 3214375794

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Carlos Avendaño Ruiz Edad 32 años

Dirección e información de contacto:

luiscarlos19932014@hotmail.com Tel. 3125775186 3222477579.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja (santander/colombia)

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana Cortes Diaz Edad _____

Dirección e información de contacto:

calle 56 # 27-77. B. Galan Tel. 311 87 622 81.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Adriana Cortés

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

525

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24/10/25 En (municipio, país): Bucaramanga - Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana Centeno Edad

Dirección e información de contacto:

Calle 55 #19-13 B. Colombia Tel. 3002233024

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Adriana Centeno

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gerardo Hernandez Castro. Edad 30

Dirección e información de contacto:

Barrancabermeja Tel. 3102203637

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Gerardo Hernandez Castro

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____ / _____ / _____ -

527

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Marcela Ardila Castellanos Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Cll 67#22-62 Tel. 3176721902

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Natalia

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jhudit Ochoa González Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Cll 31 # 52 - 39 El Cerro Tel. 3022984980

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jud Ochoa

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____ / ____ / _____

529

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja - Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gustavo Adolfo Ayudelo Osorio Edad 25

Dirección e información de contacto:

gaao_99@hotmail.com Tel. 3228674530

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Gustavo Ayudelo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____ / _____ / _____

530

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja-Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Robert Vergara Edad 57 años

Dirección e información de contacto:

Barrancabermeja San José Tel. 3105177789

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma:_____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 24 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Eva Yuliana Ortiz Sierra Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Casa 180 - Barrio Nueva Esperanza Tel. 3163251192

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Eva Ortiz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yariguies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 24de octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta, USB. Para Jefe	1	Jhudith Ochoa	CSJ
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Luis Carlos Hernandez Ruiz	Clinica San José
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Daniel Torres H.	Clinica San Jose
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Ricardo Niño Ore	CJJ
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	CJS
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Sofia Orce Mejia	Sofia Clinica San José
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Eva Yuliana Ortiz Sierra	CSJ.
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Jennifer Alejandra Lavao S.	CSJ.
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Robert Vergara	CSJ.
24/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Gustavo Agudelo Osorio	CSJ.
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 25 de octubre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Dayana Jacklin Cuaycuan	1086224916		X		29	Barrancabermeja	Aux en Farm.	3214814147	dayacuaycuan804@gmail.com							X		Dayana Cuaycuan
2	Manslemi Andrea Rincón Hernández	33367329	X			43	Barrancabermeja	coord. V. Epidemiol.	3202787796	vepidemiologica@clinicamagdalena.com							X		
3	Lida Luna	63556860	X				Bolbia.	60	3024617369	llunar@unab.edu.co							X		
4	Jorayne Mendez	1005239410	X			23	Barrancabermeja	Enfermera	3158449238	lordinejmendez@outlook.com							X		Jorayne M.
5	Doris Yaneth Carcedo	63472713	X			49	Centro Salud	Aux Enfermer	3107674440	ycarcedo749@gmail.com							X		
6	Yaimerlis Cegarra	25604564	X			30	Centro de Salud	Medico	3224307842	yai15685@gmail.com							X		
7	Leydy Tatiana Ortiz Rueda	1098779419	X			29	Centro de Salud	Aux Enfermera	3202582329	Tati20ort12.2795@hotmail.com								X	
8	Nayda Rodriguez Belen	63456297	X			55	Unidad clinica la Magdalena	Aux Laboratorio	3177786465	nayda970@hotmail.com							X		
9	Elvis Mauricio monsalve Morales	1095831088		X		28	Centro de salud	medico general	1095831088	emonsalve1166@gmail.com							X		Elvis M. Monsalve
10	Nancy Osorio Vargas	63458788	X			54	Barbosa Ecopetrol	Aux Enferm	3045720029	nancy.osmar@ecopetrol.com.co							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay. Bisexual, Transexual, Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Hora: 7:00 am

Provincia: Yariguies | Municipio Barrancabermeja | Fecha: 25 de octubre 2025

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO				
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Myriam Gutierrez	63480754	X				Centro de Salud	Auxiliar de enfermeria	3174573774	myriamgutierrez2657@gmail.com							X		Myriam Gutierrez
2	Carmen Guiza	28020881	X			45	B/ cabrera	Aux Enf	3142992453	Sofiaguiza@hotmail.com							X		
3	Lizneidy Arambula P	1096238417	X			29	B/Bermeja	AUXENF	3022281275	Perezlizneidy52@gmail.com							X		Lizneidy A.P.
4	Cristino nieto	37,840,1638	X			44	Barrancab	En Formacion	3157198802	isabeltoribe1980@hotmail.com							X		Cristino nieto
5	Mario Santacruz	98-395840		X			Barranca	(En Eco)	3166210870	Masaintia77@gmail.com							X		
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dayana Jaetelin Crespo. Edad 29

Dirección e información de contacto:

Cra 22 # 65-25 - B/ Parnaso Tel. 3214814142

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dayana Crespo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____-

536

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Marislemi Andrea Rincón Hernández Edad 43 años

Dirección e información de contacto:

Condominio Caoba. Tel. 3202787796

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

537

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

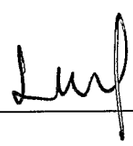
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lida Luna Edad_____

Dirección e información de contacto:

B/ja Tel. 3024613369

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

538

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jordyne Hendez Marin Edad 23 Años

Dirección e información de contacto:

calle 76A #21A17 Barrio 20 de Enero Tel. 3118949238

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jordyne Hendez Marin

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 2025 En (municipio, país): Col Barranca Bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Doris yaneth Carcedo Guzman Edad 47 a

Dirección e información de contacto:

Calle 48D # 54-23 Tel. 3107674440

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Doris

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yenlis Cezana Edad 8 años

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3224307812

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yenlis Cezana

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kamys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leydy Tatiana Ortiz Rueda Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

Centro Ecopetrol Vereda palmar Tel. 3202582321.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

542

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nayda Rodriguez Beleño Edad 56

Dirección e información de contacto:

Cra 35 # 58.40 Tel. 3177786465

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Nayda Rodriguez B

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elvis mauricio Monsalve Monsalve Edad 28

Dirección e información de contacto:

Calle 76b 70-25 20 de enero Tel. 3013496980

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Elvis M. Monsalve

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25/10/25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nancy Gomez Reyes Edad 54

Dirección e información de contacto:

C148#31-55 Tel. 3045772000129

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Nancy Gomez U.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Myriam Gutierez Edad_____

Dirección e información de contacto:

B/bermeja Tel. 3174573774

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: MyriamGutierez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jormey Guiza Bravo Edad 45

Dirección e información de contacto:

cll 75 #34-15 Jerusalen Tel. 3142997153

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

547

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25/10/25 En (municipio, país): Barrancabermeja Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lizneidy Arambula Peret Edad 29

Dirección e información de contacto:

D6/60 #48/25 Bastón Tel. 3022281275

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Lizneidy Arambula Peret

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Cristina Nieto Edad 44

Dirección e información de contacto:

B/ bermeja Tel. 315719802

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Cristina Nieto

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mario F. Santacruz Edad_____

Dirección e información de contacto:

B/ca Tel. 3166210510

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yariguies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 25 de octubre 2025

Hora: 7:00 am.

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta, USB.	1	Cristina nieto uribe	Unidad Clinica mogolonq
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	UCM
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	2	Cristino nieto	UCM
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Grayne Mendez Marin	UCM
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Ginaidy Arambula Perez	UCM
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Andrea Rincón Hernández	UCM.
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Nayda Rodriguez B.	UCM
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	UCM.
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Sup	UCM
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yariguies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 25de octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. USB Jefe	1	Paulin Victoria Cezarra	Centro de Salud
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	5	Dora Lucila Acevedo Guerrero	Centro
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Leydy Tatiana Ortiz Rueda	Centro
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Elvis Mauricio Monsalve Monsalve	Centro de salud
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Nancy Osma Vargas	Ecopetrol SA
25/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Myriam Gutierrez	Centro.
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: B/manga | Fecha: 27/10/25 | Hora: 7: 2m.

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Juliana Galvan ⑤	1000616989	X			24	Bucaramanga ISABU	Médico SSO	3043656493	jgalvan87@unab.edu.co							X		
2	Gabriela Carvajal	1005288102	X			24	Bucaramanga UABU	Médica SSO	3183371319	gcarvajal513@unal.edu.co							X		
3	David A. Oliveros G.	1005334425		X		25	Bucaramanga ISABU	Aux. Enfermeria.	3174502944	davidgamboa200019@gmail.com							X		David Gamboa.
4	Deisy Tatiana Chaparro Otalbaro	1116811781	X			26	Bucaramanga UNAB	Enfermera	3166948117	Dchaparro870@unab.edu.co							X		
5	Maria Jose Chaparro Alvarez	1007193739	X			25	Bucaramanga Isabu	Aux Enfermera	3153015249	ma-ij-a2000@Hotmail.com							X		Maria Jose -
6	Natalia Muñoz Tarazona	1095838095	X			27	Bucaramanga ISABU	PGO UCC	3182276578	nataliamuñoz1805@gmail.com							X		Natalia M.
7	Angel Yesid Lizano Mora	1005259396		X		22	Bucaramanga ISABU	Aux. Enfermeria	3205160460	Angellia2902003@gmail.com									
8	Leydi Jazmín Rodriguez Caballero.	63.544.585	X			42	Bucaramanga ISABU	Enfermera.	3208019195	leysendriguez2202@gmail.									
9	Silvia Juliana Cañas Diaz	1007883744	X			22	Bucaramanga ISABU	Enfermera	3028962037	scanas863@unab.edo.							X		Silvia Juliana
10	Guyller Yulisa Garzón Anaya	1098730273	X			32	Bucaramanga ISABU	Enfermera Lider urgencias	3214086693	urgencias@isabu.gov.co							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: B/manga. | Fecha: 27/10/25 | Hora: 7. am.

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstetricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PAREMM

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Humberto Mario Daza	1122415103		X		25	Bucaramanga	Interno Urgencias	3105005912	Humbertodazapallares@6mail.com							X		Humberto Daza
2	Daniela Becerra Ramirez	1095843114	X				Bucaramanga	Jefe Lider	3161674949	lider.hospitalizacion@isabu.gov.co							X		Daniela Becerra
3	Andrea Carolina Garay	1098714178	X				Bucaramanga	Enfermera	3046808168	andre.garay.co@hotmail.com							X		Andrea Garzon
4	Margarita Navarro	1095796179	X			38	B/manga.	Ginecóloga	3102445835	mnavarro53@unab.edu.co									
5	Diana Chavez G	63539921.	X				B/manga	Lider Sala Partos	3164990341	Sala de partos@isabu.gov.co							X		
6	María José Ustáriz	49796086.	X				SSS. B/ga.	Profesional de apoyo. Maternidad	3103096905	mariajou722@Gmail.com				+			X		
7	Danna Carolina Bonilla C	1119696797	X			23	Bucaramanga	Interna Urgencias	3145732246	dannacbc2017@gmail.com			X				X		Danna Bonilla
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

554

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juliana Galvis Gantiva Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Transversal 154 #24-125 - Vista alta Campestre Tel. 3043856493

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gabriela Carvajal Pinzón Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Calle 19 # 21-360 Tel. 3183313119

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga. - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

David Alonso Oliveros Gamboa. Edad 25

Dirección e información de contacto:

Cr 18 A # 13 C 03. Tel. 3177450 294.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: David Gamboa.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

557

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Deisy Tatiana Chaparro Otalbaro Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Apto 426 bq 17-20 Cipreses Tel. 316694817

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María José Chaparro Alvarez Edad 25

Dirección e información de contacto:

Calle 29A # 32-10 Tel. 3153015299

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: María José Chaparro

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, S

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Murillo Tarazona 27 an Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Cra 5 # 26-05 Lagos II etapa Torre 12 Apto 427 Tel. 3182270508

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Natalia Murillo T.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

560

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angel Yesid Lizarro Mora Edad 22 Años

Dirección e información de contacto:

Cll 19H #19-62 Tel. 3205760460

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27/10/2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leydi Jazmin Rodriguez Caballero. Edad 42 años

Dirección e información de contacto:

Calle 7A # 38-53. Tel. 3208019195

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

562

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Silvia Juliana cañas Diaz Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Cra 23 #26-72 Tel. 3028462037

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Silvia Juliana

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga / Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gweller Yulisa Garcia Ariza Edad 32 años

Dirección e información de contacto:

Transversal 25 #1-92 Tel. 3214086693

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Humberto Mario Daza Pallares Edad 25

Dirección e información de contacto:

Cra 45 # 54 - 42 Tel. 3105005912

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Humberto Daza

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daniela Becerra Ramirez Edad_____

Dirección e información de contacto:

_____ Blga _____ Tel. 3161674949

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Daniela Becerra

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Carolina Garcia Edad _____

Dirección e información de contacto:

B/qa. Tel. 3046808168

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Andrea Garcia

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Margarita N. Edad _____

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3102448435

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 25. En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juliana Chavez Gomez Edad 38 Años.

Dirección e información de contacto:

cra 26# 33-88 Apto 605. Tel. 3164990134.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

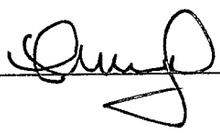
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María José Ustáriz Edad_____

Dirección e información de contacto:

B/ga Tel. 3163096905

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

570

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Danna Carolina Bonvento Camargo Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Cra 27A 48-98 Tel. 3145732246

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Danna Bonvento

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Santander / Departamento. Municipio: Bucaramanga.

Fecha: 25 de Octubre/2025

Hora: 8 am.

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
27-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. **USB**	1		ISABU
27-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	David Gamboa.	Isabu.
27-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Silvia Juliana	Isabu
27-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1.	Leydi Jazmín Rodriguez Caballero	Isabu.
27-10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Natalia Hurtado Tarazona	Isabu.
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	I		Isabu.
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Mario Jose Chaparro	Isabu.
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Isabu.
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Dayra Bonuto	IsabU
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Humberto Daza	Isabu
27-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1.	Yuliza Garzón	Isabu.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Vélez | Municipio: Vélez | Fecha: 27/OCT/2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																	
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Marcela P. Pedraza Chaparro	1069378613		✓			28	Vélez	Medico	3013824430	mmadaza@gmail.com									
2	Yuly Andrea Arias	1004664457		✓			36	Velez	Aux enfermeria	3017334753	yulyandreaarias@gmail.com									
3	Diego Tarey Pinzon	1101759337			✓		28	Velez	Aux Enfermeria	3114736648	diegoaux1230@gmail.com									
4	Dima Pardo Gantil	1101755920			✓			Velez	Aux enfer	3123294784	Pardodiana65@gmail.com									
5	Magra Arenas Cobos	1095820998		✓			31	Velez	Enfermera	3188997317	Marenas5870@unab.edu.co									
6	Veronica Rivero Espara	1140411098		✓			27	Velez	Medico	3194895146	veronica.rivero@hotmail.com									
7	Karen Vargas Hernandez	63437876		✓			43	Velez	Enfermera	3102202696	enfermera@ese.hospitalvelez.gov.co									
8	Nana Fernanda Pimento	1009617691		✓			25	Gcepsa	Enfermera	3138235743	mfpdelgado26@gmail.com									
9	Katherine Ariza	1030663822		✓			29	Guepsa	Aux enfermeria	3132144178	arizapulidakatherine@gmail.com									
10	Matilde Gonzalez	63 43509					55	Velez	Enfermera	3124544381	matgonzalez@unabofa.edu.co									

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay. Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (i), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Velez | Municipio: Velez | Fecha: 27 de Octubre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstetricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participación Ciudadana _____. Tema: PARE mm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	INTERSECCIONALIDAD															FIRMA / HUELLA
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		
			F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	
1	Viviana Andrea Martinez Diaz	1.101.757.042	X			33	Velez Hospital Regional velez	Auxiliar Enfermeria	3203595937	Viumarti-16@hotmail.com									Viviana Martínez
2	Sofia Acevedo Pinzón	63437659	X			45	Velez Hospital Regional Velez	Auxiliar Enfermeria	3123802683	sayda1507@gmail.com.									Sofia Acevedo
3	Sara Natalia Anza	1096907032	✓			29	Velez Hospital Regional Velez	Enfermera.	3104338398	saraanza792@gmail.com									Sara Anza
4	Rosel hinodia G	6343143.	✓			59	Hospital Regional Vele	Auxiliar	3117600271	rosdiggohotmail									
5	Nelvy Marcela Rodriguez	1095458824	✓			32	velez. H.R.V.	Enfermera	3046601535	nelvym000@.hotmail.com.									
6	Gladys Rondon	2911542	✓			54	Hrv Hospital	auxiliar de enfermeria	3114554840	gladysmiv1970@gmail.com									
7	Jennyffer T. Gutierrez	1098669282	X			36	HRV	Md Gral	3162796143	jennifergutierrez724@gmail.com									
8	Jenitza Moreno Peña	1140888078				29	HRV	Enfermera	3218727661	Jenitzamorenop@gmail.com									
9	Angelica Maria Anza	63438520	X			40	H.R.V	Aux enfermeria	3204010984	aizaanma5426@Gmail.com									
10	Katherine Anza	1030663822.	X			29	ESE sin Riesgo gcepsa	Aux enfermeria	3132147176	aizaanmakatherine@gmail.com									

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino). CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual ( ), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Vélez | Municipio: Vélez | Fecha: 27 de octubre 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PAIS MM

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	[illegible]	1179[illegible]053		X		56	vélez	Gerente	320500[illegible]	[illegible]@[illegible]									
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Velez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Marcela Madero Edad 28

Dirección e información de contacto:

Marcela Madero chamagoal Tel. 3011534410

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Marcela Madero

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Vélez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHOV EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yuly Andrea Ariza Benavides Edad 36 AÑOS

Dirección e información de contacto:

cra 2 # 11-69 Barrio Villamaria Tel. 301 733 4753

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yuly Ariza B

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Vélez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON FREISON GONZALEZ BARRERA.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diego Ferney Pinzón Edad 28

Dirección e información de contacto:

Kra 2 #3 B 74 Tel. 3114736648

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): VELEZ

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Marcela Pardo Gonzalez Edad 35 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Cra 3 # 13A-30 Tel. 3123294787

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Diana Pardo Gonzalez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Velez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ B.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mayra Arenas Cobos Edad 31

Dirección e información de contacto:

Velez Tel. 3188997317

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Mayra Alejandra Arenas Cobos

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Velez , Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Veronica Rivero Zapata Edad 22

Dirección e información de contacto:

Urb. Los Rosales CS B6 Tel. 3197895146

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2024 En (municipio, país): Vélez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Vargas Hernandez Edad 43

Dirección e información de contacto:

Carrera 6A - Nº 8A - 35 Tel. 3102202696

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Karen

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

587

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): VÉLEZ

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Fernanda Pimiento Edad 25

Dirección e información de contacto:

60epsa Tel. 3138236743

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: María fernanda Pimiento Delgado

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

583

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Velez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Katherine Ariza Edad 29

Dirección e información de contacto:

gueps a. Tel. 3132147178 -

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Katherine Ariza. Ariza.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

584

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Velez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Matilde Gonzalez Edad 29

Dirección e información de contacto:

Carrera 5A - 7 - 6 Tel. 3124544381.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

585

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Velez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Viviana Andrea Martinez Edad 33

Dirección e información de contacto:

Transv 3ª N°3A138 Santa teresita Tel. 3203595937

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Viviana Martinez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 02 / 2025 En (municipio, país): Velez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sofia Acevedo Pinzón Edad 45 años

Dirección e información de contacto:

Cra 3N 12-36. Tel: 312 380 2683.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Sofia Acevedo Pinzón

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Vélez, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sara Nathalia Ariza Edad 29

Dirección e información de contacto:

Vélez Tel. 3104338798

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Sara Ariza

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Velez , Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rorel Higuera G. Edad 59

Dirección e información de contacto:

velez Tel. 3117600271

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rorel Higuera.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

- A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Vélez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHOW FREDY GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nelly Marcela Rodriguez Rivera. Edad 32.

Dirección e información de contacto:

Cll 5 # 12-85 1 piso Tel. 3046004335

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

590

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2015 En (municipio, país): Velez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARREDA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Gladys Pardo Pardo Edad. 54 años.

Dirección e información de contacto:

Cra 5 N. 3A 130 Barrio sta Teresita Tel. 3114554840

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Maria Gladys Pardo Pardo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Vélez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jenniffer T. Gutierrez Edad 36

Dirección e información de contacto:

cll 8 N° 11-26 B° Comuneros Tel. 3162796143-
Barbosa-Sder

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jennifer Gutierrez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): VELEZ

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jenitza Moreno Peña Edad 29.

Dirección e información de contacto:

Calle 9 # 4 - 74 Tel. 3218727661

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jenitza Moreno P

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Vélez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angélica Mora Edad 29

Dirección e información de contacto:

Cra 3 N° 12 A 15 Barrio Santos Tel. 3204010989

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Angelica María Arias Zoraza

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Vélez

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDINSON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Katherine Ariza Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

E.S.E. Velez Tel. 3132147178

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: KatherineAriza

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

595

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 27 / 10 / 2025 En (municipio, país): Velez

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Julio Diaz M Edad 56

Dirección e información de contacto:

T/RV Tel. 3205006294

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Velez

Municipio: Velez

Fecha: 27 Octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. + USB	1	Marcelo Hoyos Mosquera	Hospital Regional de Velez
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Angelica Maria Ariza	HRV
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Jeniha Moreno Peña	Hospital Regional de Velez
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Jenniffer T. Gutierrez	HRV
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Viviana Andrea Martinez	HRV
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Diego Ferney Pinzón	HRV
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Sofia Acevedo Pinzón	HRV
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Sara Nathalia Ariza	Hospital Regional de Velez
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Nelvy Marcela Rodriguez	Hospital Regional de Velez
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Maria Gladys Pardo Pardo	HRV
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Mayra Arenas Cobos	HRV

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Velez

Municipio: Velez

Fecha: 27/10/2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Yuly Andrea Anzo Benavides	HRV
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. + USB	1	Maria Fernanda Pimiento Delgado	ESE Centro de Salud San Roque
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	3	Katherine Anzo Avila	ese Centro de Salud San Roque Güepsa
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Kogram	Hospital Regional Velez
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Diana Pardo Gonzalez	HRV
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Karol Julithza Jerez V.	HRV
27/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Veronica Carolina Rivero	HRV
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Guanentina | Municipio: Mogotes | Fecha: 29 de Octubre del 2025 | Hora: 1:00 pm

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

				INTERSECCIONALIDAD																	
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Rosa Uriela López Rojas	1098102480		X			27	Ocaña	AUX Enfermera	3228222914	urielalopezrojas@gmail.com				X			X		Rosa López
2	Maña Paula Espinosa León.	1005756810		X			24	Ocaña HISVP.	Médico.	3117775745	Paulaespi221@gmail.com				X			X		Paula Espinosa.
3	Gabriela Estefani Sanchez Aparicio	1009774788		X			26	Ocaña	Enfermera	3154493118	gabrielaestefani. Sanchez4@gmail.com				X			X		Gabriela S.
4	Nora Angela Garcia S.	63476387		X			50	Mogotes	Aux enfer.	3172733573	noraylia0408@hotmail				X			X		
5	Monica M. Mapoller H	63529557		X			43	Mogotes	Gerente Biologa	3162689962	gerencia@esesanpedro Hmogotes.gov.co				X			X		
6	Jolean Gomez Ramirez	1005154752			X		24	Mogotes	Coordinador Medico.	3019441166	estadisticaevidaleo. esemogotes@gmail.com				X			X		
7	Liseth Amaranto Arismendi	1101690175		X			34	Mogotes	Enfermera	3013955550	amarancholiseth 64@gmail.com				X			X		
8	Liliana Quintero P	28.272496		X			50	Mogotes	Enfermera	3178873976	ligiripsa@gmail.com				X			/	X	
9	Karen Sofia Ang	1232891433		X			26	Mogotes	Enfermera	3104779842	Karenriza9@gmail.				X				X	
10	Sandra Licida Ramirez	63476877		X			45	Mogotes	AUX Enfermera	3103351675	san-ramgo@hotmail.com				X					

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Guanentina | Municipio: Mogotes | Fecha: | Hora: 1:00 pm

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PAPE MM

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Laura Susana Puentes Santos	1005298127	X			24	Mogotes ESE Hospital San Pedro Clavel	Medico EBS	3165366193	SusanaPuentes.os@gmail.com				X					Laura Puentes
2	Loren Martinez	1005108901	X			24	ESE. Hospital San Pedro Clavel	Medicocirugen con ext, EBS	3209672996	lorenjv09@gmail.com				X					
3	Andrea Sandoval Ayala	1100222053	X			32	ESE Hospital San Pedro Clavel	Auxiliar de Enfermeria	3112016531	andreapsa1389@gmail.com				X					Andrea Sandoval
4	Kelly Fabiana Ribero	1005469574	X			23	ESE Hospital San Pedro clavel	Auxiliar de Enfermeria	3025468697	kellyfuerzayvictoria@gmail.com				X					Kelly F Ribero Ayala
5	Yurany Monsalve	1100221744	X			33	ESE Hospital San Pedro clavel	Aux de Enfermeria	3176655791	Coordinación enfermeria mojotes@gmail.com				X					
6	Jenny P Monsalve	1100222599	X			29	San Pedro clavel	Aux de enfermeria	3185302371	jenicitamonsalve1420@gmail.com				X					
7	Johana P Pinzon G	1.100221352	X			35	Mogotes ESE Hospital San Pedro Clavel	Aux de Enfermeria	3228909103	majorapinzon6132@gmail.com				X					Johana P Pinzon
8	Martha Acevedo	63.476499	X			46	ESE Hosp San Pedro Clavel.	Auxiliar Enfermera	3107926835	Monilladorayon76300 gmail.com				X					
9	Fabio Alejandro Bruno	1093657757		X		35	ESE San Pedro Mogotes	Medico	3176561652	alejobruno2312@hotmail				X					
10	Mabel Juliana M.D	1098708751	X			36	E.S.E. Mogotes	Enfermera	3223823524	Jumadi@hotmail.com				X					Mabel Castillo

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Muitiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

600

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Guanentina | Municipio: Mogotes | Fecha: 29 de Octubre del 2025 | Hora: 1:00pm

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana_____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO					
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Maria Yolandia Morales	63537449	V			43	Mogotes ESE San Pedro Clever	Auxiliar de Enfermeria	3125633039								V		Maria Yolandia
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosa Ynela López Rojas Edad 27 AÑOS

Dirección e información de contacto:

centro Tel. 3228229114

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rosa López

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

602

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Paula Espinosa León Edad 24 años.

Dirección e información de contacto:

Cra 28 #196c-20 B. El recreo Tlblanca Tel. 3112775745.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma Paula Espinosa.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

603

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gabriela Estefani Sanchez Aparicio Edad 26

Dirección e información de contacto:

Cll 20A #6B - 46 Tel. 3154493418

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Gabriela Estefani Sanchez A.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Angela Goeta Serano Edad 80

Dirección e información de contacto:

carrera 4C # 3C-24. Tel. 3172933573

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth molagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Monica Marcela Mogollon Edad 43

Dirección e información de contacto:

Mogotes Tel. 3162689402

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

606

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

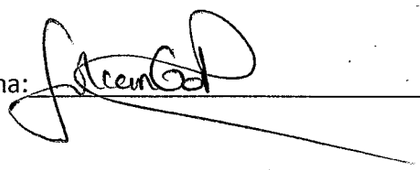
Nombre del sujeto de la fotografía/video y edad:

Julian David Gomez Ramirez Edad 24 A

Dirección e información de contacto:

Cra 2 #2-100 Tel. 3017411864

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

607

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liseth Amorocho Arismendi Edad 34

Dirección e información de contacto:

Cra 2 # 2 - 100 Tel. 3013955300

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

608

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liliana Quintero Pinto Edad 50

Dirección e información de contacto:

Carrera 11 No. 5-60 Tel. 3178873976

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Liliana Q.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

609

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29/ 10/ 25 · En (municipio, país): Magdalena Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Sofia Arias. Edad 26.

Dirección e información de contacto:

Magdalena Tel. 3104798412

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

610

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Moqotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

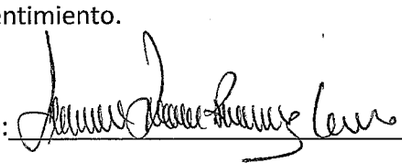
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandra Leticia Ramirez Garcia Edad 45.

Dirección e información de contacto:

Cra 7 # 3-85. Tel. 3103357678.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Susana Pantes Santos Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Barrio Centro Tel. 3165366193

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Pantes

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

612

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Loren Julieth Mortner Salamanca Edad 24 Años

Dirección e información de contacto:

Cll 4 N 10-12 Villa Teresita Tel. 3209672996

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes , Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Paola Sandoval Ayala Edad 32

Dirección e información de contacto:

calle 6# 2-17 Tel. 3112016531

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Andrea Sandoval Ayala

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kelly Fabiana Ribero Arguela Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Mogotes Barrio centro Tel. 3025968697

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Kelly F Ribero Arguela

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

615

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nery Yurany Monsalve Jaimes Edad 33

Dirección e información de contacto:

Calle 5 # 2-79 Mogotes Tel. 3176655791

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jenny Paola Monsalve Pinto Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

vereda Cuchaquira Tel. 3178530237

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Johana Patricia Pinzon G Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

Calle 6 Nº 0-10 Santos Tel. 3228909103

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Johana P. Pinzon G

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Magotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Martha Cecilia Soley Bonilla Edad 46 años

Dirección e información de contacto:

Vereda Arenal Tel. 3107926835

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edwin Alejandro Bravo Pinto Edad 35

Dirección e información de contacto:

Cr 24E 42 - 54 Tel. 3176561657

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

620

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mabel Juliana Mejia Diaz. Edad 30.

Dirección e información de contacto:

Mogotes - Santander. Tel: 3223828324.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Mabel Juliana M.D.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Mogotes, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Velandia Morales Edad 43 Años

Dirección e información de contacto:

Barrio divino niño Mogotes Tel. 3125633038

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Maria Velandia Morales

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentina

Municipio: Mogotes

Fecha: 29 de Octubre del 2025

Hora: 1:00 pm

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. + USB	1	Paula Espinosa.	Onzaga, Santander.
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Rosa López	Onzaga. Santander
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Gabriela Estefani Sanchez A.	Onzaga. Santander.
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	Mogotes ESE
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	Mogotes.
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Alberto Garcey	Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Karen Sofia Anas	Mogotes.
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Sandra Yotida Ramirez Garda.	Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	maria velandia velandia	Mogotes
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentina

Municipio: Mogotes

Fecha: 29 de Octubre del 2025

Hora: 1:00pm

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. USB	1	Laura Pantes	ESE Hospital San Pedro Claver Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Loren Martinez Salamanca	ESE Hospital San Pedro Claver Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Andrea Sandoval Ayala	ESE San Pedro Claver Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Ixelly F Ribero Arjuela	ESE San Pedro Claver Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Dery Yorany Monsalve	ESE San Pedro Claver Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Yenny Paola Monsalve	Ese San Pedro Claver
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Johana Patricia Pinzon	ESE San pedro claver mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Fabio Alejandro Bravo Pacheco	ESE San Pedro Claver Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Mabel Juliana Murillo Diaz.	E.S.E San Pedro Claver mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Maria angela Garcia Simanca	ESE. San pedro Claver. Mogotes
29/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Daniel Mejia	ESE H.S.P.C Mogotes.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Guanentina | Municipio: Curití | Fecha: 30 de Octubre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	INTERSECCIONALIDAD: GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL: OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	CONTEXTO: URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Francy Guarin	28090984	x			42	Curiti-Hospital	Auxiliar enfermeria	3144908274	rocamar1919@gmail.com						x		x	Francy
2	Yenny Diaz	1005450372	x			23	Curiti Hospital	Auxiliar Enfermera	3243103772	Yennialejadiaz1ver@gmail.com						x		x	
3	Ginna Alvarez M.	1.100.964.522	X			31	Curiti Hospital	Enfermera	3144400764	hospitalantijefe@gmail.com							X		
4	Liteth D. Muñoz	1.100.971.477	X			28	Curiti Hospital	Enfermera	3207307645	munozlineth07@gmail.com								x	
5	Estiven Ortiz	1098356358		X		20	Hospital Aratoca		3223377335	Estiven.ortiz2003@									Estiven Ortiz
6	Tatiana Badillo	1005309387	X			24	Hospital Aratoca	Auxiliar enferm	3124441278	angelicabadillagm anyelicabadillag450									
7	Lesly García Chaparro	1098358607	x			27	Hospital Aratoca.	Enfermera Profesional	3202719684	leslygarcia0102@gmail.com									Lesly García.
8	Karoll Tatiana Gallo	1098834258	X			28	Hospital Aratoca	Enfermera Profesional	3125699926	karollgallo2913@gmail.com						x	x		
9	DUVAN ACEVEDO A.	1098356660		X		19	HOSPITAL ARATOCA.	AUXILIAR ENFERMERIA	3208425457	duvanacevedo5179@outlook						x			Duvan A.
10	DayanaC Rincon	1.100967486	X			30	Hospital Aratoca	Auxiliar Enfermera	3157572020	dayacarolrincon@gmail.com						X		X	Dayana Rincon

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Guanentina | Municipio: Curiti | Fecha: 30 de Octubre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstetricas | Tema: RAPE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Braxan Kaid Fonseca Espin	1047490742			V		29	Salud Arata	medico	3234690737	baxafoc@hotmail.com				X					
2	Angie Dahiana Figueroa Lopez	1005338356		X			28	Curiti	Medica	3213296119	natgchalzarazo@gmail.com									
3	Melissa Natalia Sduno Santos	1098410270		X			27	Curiti	Enfermera	3214016366	natalia.sduno98@hotmail.com				X			X		Melissa Sduno
4	Mary Patricia Celis Arangua	37901685		X			40	ESE curiti	enfermera	3022664333	mapaceao3@hotmail.com				X			X		
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Curití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Franyi Marleny Guarin E Edad 42 A

Dirección e información de contacto:

Vereda el Palmar - Curití Tel. 3144608277

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: franyi63

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

627

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Cuniti, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

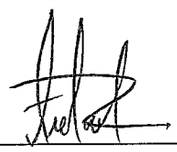
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yemy Alejandra Diaz Ribero Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Vereda las Vueltas Tel. 3243103712

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

628

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Cunití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

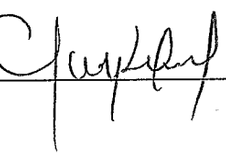
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gina Alcira Mayorga Edad 31

Dirección e información de contacto:

Calle 19 #17-18 Tel. 3144460784

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Curití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liteth Daniela Muñoz Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

Vda Colorado – Cabrera Tel. 3227307645

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

630

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Cunití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Estiven Ortiz Mesa Edad 20

Dirección e información de contacto:

Carrera 9A 3-86 Tel. 3114751667

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Estiven Ortiz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Curití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leydi Tatiana Badillo Edad 24

Dirección e información de contacto:

Ardoca Tel. 3124401278.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Curití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lesly Garcia Chaparro Edad 27 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 3 # 5-29 Aratoca Tel. 3202719684.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Lesly Garcia.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Curití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karoll Tatiana Gallo Gomez Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

Barrio Centro Aratoca Tel. 3125659926

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Curití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

DUVAN ACEVEDO APARICIO Edad 19 AÑOS

Dirección e información de contacto:

ARATOCA > CLAVELLINAS Tel. 3208425457

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Duvan Acevedo.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

635

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Cúrití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dayana Carolina Rincon Caballero Edad 30

Dirección e información de contacto:

Aratoca / Vereda San Pedro Tel. 3157572020

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dayana C Rincon C

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

636

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Curití, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

[illegible] Edad 20

Dirección e información de contacto:

Calle 22a N3-6-63 Tel. 3234690737

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Cunti , Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nathalia Andrea Herrera Lopez. Edad 28

Dirección e información de contacto:

Calle 42 # 28-23 Bucaramanga Tel. 3213296419

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

638

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Curiti, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Melissa Natalia Suárez Santos Edad 27

Dirección e información de contacto:

Cra 10 #4-29 Tel. 3214016366

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Melissa Suárez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

639

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Coniti, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mary Patricia Celis Arenteg Edad 40

Dirección e información de contacto:

cr 9 #7-50 Tel. 3022664353

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentina

Municipio: Curití

Fecha: 30 de Octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. USB	1		ESE Hospital San Roque-Curití
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE Hospital San roque Curití
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Gima Alvarez Mayorga	ESE Hospital San Roque de Curití
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Lizeth Daniela Munar Gómez	ESE Hospital San Roque Curití
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Estiven Ortiz Mesa	Ese Hospital Juan Pablo II
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE Hospital Juan Pablo II.
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Lesly García.	ESE Hospital JuanPablo II
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Karoll Tatiana Gallo	ESE Hospital Juan Pablo II
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	DOVAN ACEVEDO	ESE. HOSPITAL JUAN PABLO II
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Dayana Carolina Rincon Caballero	ESE. Hospital Juan Pablo II
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Brayan Yaicon Fonseca Espitia	ESE. Hospital Juan Pablo II

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guarentina

Municipio: Curití

Fecha: 30 de Octubre 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Hospital Integrado San Roque.
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Helissa Flores	Hospital Integrado San Roque-Curití
30/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Mary P. Cliro	Est Hospital Integrado San Roque-Curití
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Velez | Municipio: Sucre | Fecha: 30 de Octubre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atencion de emergencias obstetricas | Tema: PAES mm

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																	
				GENERO			CICLO DE VIDA							DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Luz Helena Ardila A	37'677792		X			42	Sucre	Estudiante	3102106872	luzhard888@gmail.com				X			Y		Luz H. Ardila A
2	Adriana M Olaya H	1093422377		X			37	Sucre	Auxiliar enfermeria	3127716924	Adrianaguayu1981@hotmail.com									
3	Maribel Vargas	1193532730		Y			25	Sucre	Auxiliar enfermeria	3125958364	maribelvargas1504@mail				X			Y		Maribel Vargas
4	Luzgila Velasco	28034.322		F			46	Sucre	Auxiliar enfermeria	3126457502	luzmarinela3126@gmail.com				Y			Y		Luz Marina Velasco
5	Diana Marin Ruiz	1030072879		X			32	Sucre	Enfermera	3144576635	sucre4@hpexa@gmail.com				X			X		Diana Marin R
6	Liliana Quevian	28439094		A			41	Sucre	Aux enf	3197662619	lilianaquevian@gmail.com				V			X		
7	Katerine Barrera R	1049652122		X			27	El peñon	Enfermera	3158164440	barrerakatherine373@gmail.com				X			X		Katerine Barrera R
8	Maria Isabel Garcia	1007936651		X			24	El peñon	Medica	3045509749	mgarcia301@unab.edu.co				X					
9	Evelyn Lorena Tinjaca	1024538867		X			32	El Peñon	Enfermera	3044584018	lorenatinjaca57@gmail.com				X			V		
10	Maria Fernanda Cardenas Moya	1098824752		X			26	El peñon	MEDICO	3167544800	mariafdocardenas ebiel peñon@gmail.com				X			X		Maria Fernanda Cardenas M.

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A). intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Velez | Municipio: Sucre | Fecha: 30 de Octubre del 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstetricas | Tema: PAE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Kevin Andres Contreras M.	1005026680		X		24	Est El peñon santander	Enfermero EBS	3135554676	Kevinandres con 13 @gmail.com							X		
2	Adriana Vargas	1005497786	X			24	ESE Centro de salud Sucre	Auxiliar enfermeria	3766385526	lozadrianavargas5@gmail.com							X		Adriana vargas
3	Dora Alix Esgueda	28437655	X			62	Ese centro de salud sucre	Auxiliar de Odontologia	3188044980	dora Oulder 007 @ gmail. com							X		Dora Alix Esg
4	Alixon Rozo R	1007553091	X			25	ese centro de salud sucre	odontologa	3204082552	alixonKevin22or. 22 @ gmail.com							X		Alixon Rozo
5	Angela Gtorz Rivera	28034894	X			35	Es e hospital local Bolivar	Aux Enf.	3142563424	angelazorrivera 202@gmail.com							X		
6	Yamile Medina	28439093	X			42	Sucre	Auxiliar	3207397431	Yamile m396 @gmail.com							X		Yamedal
7	Elkin Andres Carvajal	2098754027		X		31	E.S.E Centro Salud Sucre	Microbiologo	311254 1055	elkin-an @hotmail.com							X		
8	Zaireth Lizcano	1005154295	X			25	ESE Centro Salud Sucre	Medico SSO	3173489002	zaireth2000@gmail.com							X		Zaireth Lizcano
9	Inavid Pineda Bautista	1102384113	X			28	Ese centro de salud sucre	Medico.	318 3205955	pinedobautistainavid rocio@gmail.com							X		Inavid Pineda
10	Dora Ines Barono Rojas	63370056	Y			61	ESE CENTRO desalud de Sucre	AUX EN E.	3103445291	dorabarono14@gmail. dorabb . com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), Intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E)

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Velez | Municipio: Sucre | Fecha: 30 de Octubre del 2025 | Hora: 9:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	2 Firmo ↓ Dora Inés Bareño Rojas	63370056	X			61	Sucre. ESE Sucre	Aux Enf	3103443291	dorabareno14@gmail.com							X		
2	Camilo Cáceres	1005282507		X		23	Bolivar ESE Bolivar	Md SSO	3166569919	camilocaceres208@hotmail									
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

645

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sucre

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Helena Ardila Anza Edad 42

Dirección e información de contacto:

Las colinas Tel. 3102106872

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luz H. Ardila

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sucre.

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana Mercedes Araujo Medina Edad 37

Dirección e información de contacto:

Sector Bello Oriente Tel. 3127718324

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): sucre santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maribel Varsas Escamilla Edad 25

Dirección e información de contacto:

Sucre Tel. 3125958364

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Maribel Varsas Escamilla

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sucre Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Yuli Silva Rojas Edad 46

Dirección e información de contacto:

Sucre - Centro Tel. 312 445 7802

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luz Yuli Silva Rojas

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

649

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sucre Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHAN EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Marin Ruiz Edad 32

Dirección e información de contacto:

Centro Sucre Tel._____

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Diana Marin Ruiz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sucre Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Geovana Torralba Edad 41

Dirección e información de contacto:

Sucre. Tel. _____

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Suaré- Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kaleine Barrera Rodríguez Edad 27

Dirección e información de contacto:

Gl peñas Tel. 3115816440

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Kaleine Barrera Rodríguez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

652

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30/10/2025 En (municipio, país): Sucre, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Isabel Garcia Morales Edad 24

Dirección e información de contacto:

Sector Once Marto, Peñón, Santander Tel. 3045509748

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Suaz- Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Eddy Lorena Tinjaca Manada Edad 32.

Dirección e información de contacto:

Sector la esperanza el Peron Tel. 3044590018

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sucre, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Fernanda Cárdenas Mejía Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Sector Once de Marzo Tel. 3167594800

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sucre - Santander - colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kevin Andrés Contreras Molina. Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Sector 11 de marzo Tel. 3135554676.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Socorro - Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Adriana Vargas Escamilla Edad 24

Dirección e información de contacto:

Divino niño Tel. 3166355826

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luz Adriana Vargas Escamilla

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Suaita

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Doña Ayda Esgueda Edad 62 Años

Dirección e información de contacto:

Las colonias Tel. 3188044889

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Doña Ayda Esgueda

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Suere / Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alixon Karina Rozo Rodriguez Edad 25 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Bello Oriente Tel. 3204082522

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Alixon Rozo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bolivar Sader

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angela Cristina Jerez Rivera Edad 35

Dirección e información de contacto:

Bolivar Sder Tel. 3142563424

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

660

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Suaz Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yamile Medina Ruiz Edad 42.

Dirección e información de contacto:

Suaz Tel. 3207897432

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Suaz Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elkin Andres Grajal Goles Edad 31

Dirección e información de contacto:

Suaz Tel. 3112541055

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sucre, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Zaireth Andrea Lizcano Albarracín Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Sucre Tel. 3173489002

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Zaireth Lizcano

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2025 En (municipio, país): Sucre Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ingrid Rocio Pineda Edad 29

Dirección e información de contacto:

av. 10 N#16-00 Pinares campestre piedecuesta Tel. 3183205855.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ingrid Pineda

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 2023 En (municipio, país): Sucre Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dora Inés Barrero Rojas Edad 61

Dirección e información de contacto:

Sucre Santander Tel. 316 344 5291

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 30 / 10 / 25 En (municipio, país): Suce Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Cindy M. Cen Edad 23

Dirección e información de contacto:

Cll 200 # 13-82 Flun Tel. 316 656 9UL

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Velez

Municipio: Sucre.

Fecha: 30/10/2025

Hora: 7:00 AM

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
30-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta, **USB.**	1	Luz H. Acila Anza	ESE Centro Salud Sucre
30-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Ese centro salud sucre
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Maribel Vargas	Ese centro salud sucre
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Luz H. [illegible]	ese centro salud sucre
30-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Diana Navia Ruiz	ESE Centro de Salud Sucre
30 10 25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Liliana Serna Zorralba	ESE Centro salud sucre
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Maria Isabel García Morales	E.S.E. Hospital El peñón
30-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Katerin Barrero	E.S.E. Hospital El peñón
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Eidy Lorena Tinjaca Mercado	ESE Hospital El Peñon = EBS
30-10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. + USB	1	Maria Fernanda Cardenas Moya	ESE Hospital el peñon-
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Karen Andrea Contreras Molano	ESE Hospital el peñon

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Velez

Municipio: Sucre

Fecha: 30/ 10/2025

Hora: 7: AM

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Luz Adriana vargas escamilla	ESE centro de salud sucre
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Dora Ardila Escamilla	Ese centro de salud sucre
30-10-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Alixon Rozo	Ese Centro de Salud Sucre
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. +USB	9	Angela Cristina Jerez Rivera	Ese Hospital Local Bolivar.
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Yamile Medina Ruiz	ESE Hospital Local Sucre
30-09/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Elkin Andres Carvajal Galves	ESE Hospital local sucre
30/09/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Zaireth Andrea Lizcano Albarracín	ESE Hospital local sucre
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	marid Pinedo Bautista	Ese Hospital local de sucre
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Dora Inés Barreño Rojas.	ese Hospital Local de Sucre.
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Camilo M. Cáceres	EESE Bolivar
30/10/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Kevin Andrés Contreras M	Ese El Peñon

Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Velez | Municipio: Puente Nacional | Fecha: 31/Octubre/2025 | Hora: 9:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atencion de emergencias obstetricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Ana mercedes mesa	27788879	X			70	Hospital Barbosa	Aux. cyf	3203054262	anamm...ua.14.55@...									
2	Mariana Tellez	1098812375	X				HISA Puente Nal	Medico	3235367778	marianatellez09@hotmail.com									
3	Nydia Quecenteno	37625524	X				HISA Puente Nal	Aux. Enfermeria	3203276269	sharithtellez@hotmail.com									
4	Juan Pablo Alzate	1000748509		X			HISA Puente Nacional	Enfermero SSO	3135445221	pypa@...ntomopteraith.gov.co									
	Pedro Ramos	91.270.822		X			HISB Barbosa	enfermero urgencias	3176661263	Jefe urgencias HISB Barbosa									
6	Carlos Andres Rocha Pardo	1022378981		X		31	Barbosa HISB	Médico	3023614287	Coordinacion.medico@gmail.com									
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 31/10/2025 En (municipio, país): barbosa - Puente Nacional

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana mercedes moreno de R. Edad 70 a

Dirección e información de contacto:

Hospital San Bernardo barbosa Tel. 3203054262

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 31 / 10 / 2025 En (municipio, país): Puente Nacional, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mariana Téllez Edad _____

Dirección e información de contacto:

Mariana Téllez Tel. 3233367788

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

671

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 31 / 10 / 2025 En (municipio, país): Puente Nacional, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Barbosa Edad _____

Dirección e información de contacto:

Nejdica Azucena Forero Hernandez Tel. 3203276269

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

672

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 31 / 10 / 2025 En (municipio, país): Puente Nacional, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Barbosa Edad _____

Dirección e información de contacto:

Jesus Pablo Prieto Jaimes Tel. 3135945221

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 31 / 10 / 2025 En (municipio, país): Puente Nacional, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Barbosa Edad_____

Dirección e información de contacto:

Hospital Santanderano Barbosa Tel. 3176661203

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jhon Gonz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 31 / 10 / 2025 En (municipio, país): Puente Nacional, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carlos Andres Rocha Pardo Edad 34 años

Dirección e información de contacto:

Hospital Integrado San Bernardo Cra 9#15-34 Tel. 3026314287

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Velez

Municipio: puente Nacional

Fecha: 31/10/2025

Hora: 7:00 Am.

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
31/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Hospital Sabana Santamaría
31/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		HISA Puente Nal
31/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		HISA. Puente Nal
31/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. (USB)	1		HIIA Puente Nal
31/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. (USB)	18		HISD Barbosa
31/10/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		HISB Barbosa
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Yanguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 1 noviembre 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO					
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Diego Fernando Sanabria Guevara	1096239268		X		30	Barrancabermeja HRMM	Medico interno	3052925629	dfernandguevara@gmail.com							X		
2	Ines Bernardo Pdo lopez	37577.138	X			42	Barrancab HRMM	Auxiliar enfermeria	3108256049	Ipdo0026@gmail.com									
3	Lenis Corano	1096199019	X			36	Barranca HRMM	SIP	3114995542	Flakis1999@hotmail.com							X		
4	Molina Caro	1005183770	X			22	Barranca HRMM	S/P.	3144653378	kathycaro116@gmail.com							X		
5	Oneyda Villadiego	63270224	X			48	Barranca HRMM	S/P	3168178080	Judith-651@gmail.com							X		
6	OTILIA ROSA FUENTES ARZUAGA	49771432	X			50	BARRANCA BERMEJA HRMM	ENFERMERA	3138728159	otysenfer@gmail.com							X		
7	Geraldine Julieth Bonal Trigozo	1082963298	X			32	Barranca.	Enfermera	3046642313	geraldine.b.f@hotmail.com.						X	X.		
8	Erica Agudelo	1096210856	X			34	Barrancabermeja	Aux enfermeria	3007712978	Joine-123@outlook.com									
9	Diana Bermudez	37580482	X			41	Barrancaber	Aux enfermera	3142706516	dianab07@gmail									
10	Kelly Johanna Mesa A	1005241366	X			22	Barrancaberg	Aux enfermeria	3228971652	kellymesa669@gmail.							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), Intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(desmovilizados, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formato será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD — Hora: 8:00am

Provincia: Yariguies — Municipio: Barrancabermeja — Fecha: 01 de Nov del 2025

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas — Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	INTERSECCIONALIDAD: GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL: OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	CONTEXTO: URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Dayana Suarez Cerny K. Acosta.	1005196588 3757c974	X			41	B/bermeja	Aux. Enfermeria	3227762800	Dayanaandrea suarez74@gmail.com							X		Dayana Suarez
2	Cerny K. Acosta	3757c974	X			22	B/bermeja.	Aux Enf.	3002651512	arnikise@hotmail.com.							X		Cerny K.
3	Demetrio Jr Mentt. MD	1098697963		X		35.	Sabana Torres	Medico general	3014020681	djmc19906@gmail.com							X		
4	Charles Alexander Borrio Jauregui	1096190758		X		38	Sabana Turbo	Medico gral	3227091078	charlescan9e@gmail.com							X		Charles Borrio.
5	Maria Fernanda Useda Peña.	1098779585.	X			29	Sabana de Torres.	Médico	3156271192.	mariaf.useda@gmail.com.							X		
6	Silvia Angello Sub	28.188	X			48	Barrancaberm	Aux enfer	3132654765	Silviaangello541@gmail.com							X		Silvia
7	Sandra milena Iglesia salazar	28070032	X			43	B/bermeja	Aux Enfermeria	3227915120								X		Sandra Iglesia
8	Alberto Camargo Rosero	91472296		X		51	B/ga	Ginecologo	3168346751	medicbaby@yahoo.es							X		
9	Julieth Hoyos Arango	1096203103	X			36	HRMM B/bermeja	Enfermera jef	3124136508	coordinacionenfermeria@							X		
10	Daira Duran Olaya	1005448029	X			24	HRMM Barrancaberm	Médico Interno	3103164036	dadito0sm@gmail.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 01 de NOV del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PAPE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	INTERSECCIONALIDAD: GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL: OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	CONTEXTO URBANO	CONTEXTO RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Atanasio Balaño	19355117		X		69	B/barroga	Ginecologo	3014590207	atanasio ginaeco @Hotmail							X		
2	Natalia Camillo	1098767759.	X			30	B/bermeja	Med. general.	3204777935	natalia camillo omd @gmail.com.							X		Natalia C.
3	Lina Mabel Suárez Escudero	1096212082	X			30	B/bermeja	Enfermería	3166312152	linamse18@ gmail.com									Lina Suárez.
4	Arelis Isabel Martinez Moncada	63469080	X			48	B/Jo	Tecnico enfermeria	313 2694 90 7 80	[illegible]									
5	Aldair Tovar tapiero	1094273105		X		31	B/bermeja	Auxiliar enfermeria	3204776755	aldair_tovar 2@outlook.com							X		Aldair Tovar Z.
6	Elsa Rodriguez [illegible]	37281962	X			60	B/bermeja	Auxiliar enfermera	3208033877	elza1sca@gmail.com							X		
7	Gmaladola Arevjo	28030564	X			44	B/barroga	Aux de enfermeria	304591 2220	gina pao408@ gmail.com							X		
8	Yolitza Cisneros	63030806	X			43	B/bermeja	Aux enfe	3013475337	Yela_xiomara@hotmail.com							X		Yolitza Cis
9	Linda Alvior C	37575427	X			43	B/bermeja	Aux enfermera	3012435589	Linda.alvior @ecopetrol.com.co							X		Linda Alvior C
10	Yuri A. Polanco	1098655622	X			39	B/bum.	Aux Enfe.	3122603654.	Yuri1-070586 @hotmail.com							X		Yuri A Polanco

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 01 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO					
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Naay Caballero	2806146A	X			44	bteja	Enfermera	3004249744	Salgadepaez hm@outlook.es									
2	Kelly Rincón	1005241306	X			24	Barrancabermeja	medico internes	3174058106	Kellyrinconmargarita @hotmail.com									
3	Sireth Silva	1091354801	X			20	Bbermja	Aux	3246253032	Sirethsilva11 @gmail.com									
4	Juan Carlos Rincon A.	1096244485		X			B/bermeja	Medico	3153138440	Jcra9C6@gmail.com									
5	Jhon amaris	1.193.359.942	X				CCC. B/Bermeja	Medico	3189523176	jhondegarbo									
6	Dana marcela R.	1-005131300	F				B/bermeja Centro de Convivencia Ciudadana	Aux.	3016895191	Danajaguna									
7	Naptali Julian.	1.102.776.598	X				CCC cashla	Jefe ofam.	3003340418	Naptali.Marg.									
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTiQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) . Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01/11/25 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diego Sanabria Guevara Edad 30

Dirección e información de contacto:

Cra 21 #48-62 Tel. 3052975629

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kamys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ines Bernardo Polo Lopez Edad 42

Dirección e información de contacto:

B/bermeja Tel. 3108256049

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lenis Lozano Edad 36

Dirección e información de contacto:

B/ Cabemuja Tel. 3114995542

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Suarez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Meliza Caro Edad 22

Dirección e información de contacto:

B/ bermeja Tel. 3144653373

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: mena

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kamys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Oneyda Villadiego Edad 48

Dirección e información de contacto:

B/ bermeja. Tel. 3168178080

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Judith O.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 1 / NOV / 2025 En (municipio, país): BARRANCABERMEJA.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Onlia R Fuentes. Arzuaga Edad 50

Dirección e información de contacto:

otysenfer@gmail.com Tel. 3138728159

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Onlia R Fuentes. A.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga-Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanny's Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Geraldine Ramos Fragozo. Edad 32.

Dirección e información de contacto:

Cra 27 #47-56 Apto 201 Tel. 3046642313.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: G. B.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

687

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santandèr**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Erica marcela agudelo martinez Edad 34

Dirección e información de contacto:

Cra 32 casa #21 Tel. 3007129788

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Erica

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01/11/2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanmys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Bermudez Edad 41

Dirección e información de contacto:

Casa 60 Barr: Villaplata Tel. 3142706519

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 /2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kelly Johanna Mesa Afanador Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Dig 58A #54-44 Tel. 3228971652

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

69p

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barranca Berrejo

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dayana Andrea Suarez Edad 24

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3227762800

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dayana Suarez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nany K. Acosta Edad _____

Dirección e información de contacto:

B/ cabecera Tel. 3002651512

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Nany A.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Demetrio J. Montilla Carreño Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

Sabana de Torres Tel. 3014020681

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Sabana de Torres.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Charles Alexander Bermo Jaimes Edad 32años.

Dirección e información de contacto:

Calle 62#23-04 Tel. 3227091028.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Charles A. Bermo J.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025. En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Fernanda Ureda Peña Edad 29 año

Dirección e información de contacto:

Cra 15 #18-22 Sabana de Torres Tel. 3156271192

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01/ NO/ 25 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanrys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Silva Orgelb Sb Edad 43 años

Dirección e información de contacto:

_____ Tel._____

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Silva Orgelb Sb.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 1 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandra milena Iglesia Salazar Edad 43

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3224915120

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Sandra Iglesia.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanniys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alberto Camargo Edad 51

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3168346751

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7 / NOV / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kamys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Julieth Johana Herazo Orozco Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

cll 59 # 34-61 Versul Tel. 3124136000

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Julieth Herazo Orozco.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 1 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanny's Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daira Alejandra Durán Ordoz Edad 24

Dirección e información de contacto:

Calle 100 # 16 - 28 Nueva Fontana Tel. 3103164030

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 1 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Atanasio Beleño Edad 69

Dirección e información de contacto:

Barranca Tel. 3014590207

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01/11/2025. En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Fannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Carrillo Sierra. Edad 30 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 49 #30-32 B. Palmira. Tel. 3204777935.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Natalia.
1098767759

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 1 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lina Mabel Suarez Escudero. Edad 34 años

Dirección e información de contacto:

Cra 31 #47-33 Apto 902 Torre Jordan Tel. 3016312152.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Lina Mabel Suárez E.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanny's Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Arelis Isabel Martinez Moncada Edad 48

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3132694 9070

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2024 En (municipio, país): Bamuca Cesar

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Aldair Torres Apesta Edad 31

Dirección e información de contacto:

Calle 55 #16 -104 Tel. 3204552755

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Aldair Torres

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01/11/2022 En (municipio, país): Bucaramanga Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elsa Rodriguez Cuellar Edad _____

Dirección e información de contacto:

carr 32A 43-01 Tel. 3208033877

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Elsa Rodriguez Cuellar

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

706

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2023 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gina Paola Amaya Maravilla Edad 44 años

Dirección e información de contacto:

Barrio Buenos Aires Tel. 304-891-22-20

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yelitza Cisneros Edad 43

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3013925337

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yelitza Cis.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kamys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lirida Alvarado Cuadrado Edad 43

Dirección e información de contacto:

Cll e 70 # 35 A 12 B. Internacional Tel. 301 2435589

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Lirida Alvarado Cuadrado.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 1 / Nov / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yuri A. Polanco Edad 39

Dirección e información de contacto:

B/ bemeja Tel. 3122603654

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yuri A Polanco

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

710

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01/11/2025 En (municipio, país): cabrera

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yoay Caballo Edad 44

Dirección e información de contacto:

_____ Tel._____

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma:_____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

711

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

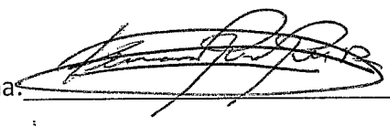
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kelly Rincón Anguita Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

El centro de Ecopetrol Tel. 3174058106

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

712

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bibamejo

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sireth Elohim Silva Suarez Edad 20

Dirección e información de contacto:

Dg58#43-27 Granjas Tel. 3246253031

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

713

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juan Carlos Rincon Edad_____

Dirección e información de contacto:

Barbermeja. Tel. 3153138150

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

714

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

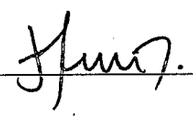
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jhon Amaris Edad_____

Dirección e información de contacto:

B/bermeja Tel. 3184523116

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dana Marcela P. Edad _____

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3014395191

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

716

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanrys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nayeth Vilora Villamil. Edad _____

Dirección e información de contacto:

Carrera 9 # 17 - 53. Tel. 3005340118

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Nayeth V.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yariguies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 01 de Noviembre del 2025

Hora: 8:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. USB	1+2	Nora Caaballo	ESE HRMM
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Julieta Herazo	ESE HRMM
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Kelly Johanna Mesa A.	ESE HRMM
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1.	Maria Fernanda Useda Peña	ESE HIST
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Kelly Rincón Angarita	ESE HRMM
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1.	Gina Pada Anaya	ESE HRMM
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	[illegible]	ESE HRMM
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	J. Carlos Rincon Anaya	Ese HRMM
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Linda Alvior Caaballo	Policlinica
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Onelia R Fuentes Arango	HRMM ESE
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Geraldine Barrios Fragozo	HRMM ESE

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yanguies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 01 de Noviembre del 2025

Hora: 8:00 am.

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	charles Bermudez Jaramillo	Sabana de Torres / HRMM
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Deysha d Heredia	Sabana de Torres
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Natalia Carrillo Sierra.	HRMM / B/bermeja.
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Adair Tovar L	CARMM / 3/Barranca
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Silvia Dorado	HRMM / Barranca
01/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	3	Nohemi Pinto. Manl.	Centro Carlos Castillo.
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga - Floridablanca | Fecha: 7am / 04 Noviembre / 2025 | Hora: 7am.

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																			
				GENERO			CICLO DE VIDA							DIFERENCIAL						CONTEXTO			
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Rosa Pastora Rodriguez	63280676		X				Floridablanca	Enfermera	3176088223								X		Rosa Pastora Rodriguez
2	Carmen Morale	63518453		X			49	Floblanca	Aux enfer	3155939559								X		
3	Isabel Ramolina	37729559		X				Floridablanca	Aux Enfermer.	3156295965										
4	Claudia Penalva	28488236		V			40	Flda	Aux. Enf	3152855233										
5	Claudia Sanjuan	1098672089		X			36	HSJD Floridablca	Enfermera	3103365486										Claudia Sanjuan
6	Heliana Silva Benitez	1098767220		X			30	HSJD Floridablanc.	Medico General	3023035258.										
7	Elaine Daniela R.	1005281419		X				Flda	Estudiante	3016739750										
8	Jose Luis Rodriguez S	1101697673			X		26	HSJD Flda	Estudiante	3138300309										
9	Jaime A. Rosales Tovar	1005281038			X		23	HSJD Flda	Estudiante	3103299522										
10	Karol Ximena Rivera	1005257016		X			23	HSJD. Floda.	Estudiat	3155861896										

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Republica de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: metropolitana | Municipio: Bucaramanga-Floridablanca | Fecha: 04 de Noviembre/25 | Hora: 7am.

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		FIRMA / HUELLA
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	
1	Maryan Angelica Calderon Ruiz	1095841255	✓			26	Floridablanca sortesalud	Auxiliar de enfermeria	3157204869	——				✓				✓	Maryan C.
2	Ana Jaimes Perez	63337481	✓				ESE Hospital Floridablanca	Auxiliar Enfermeria	3135992497	—									Ana Jaimes Perez
3	Carolina Castillo Melgarejo	63554548	✓			41	HSJDF	Enfermera	3178450276	—				✓					Carolina C
4	Karen Lizeth Solano Diaz	1005136533	✓			22	HSJDF	auxiliar enfermeria	3212272461	—				✓					Karen S.
5	Milena Acuña.	63519065	✓				HSJDF	auxiliar Enfermeria	3172514315					—					Milena Acuña
6	SERGIO CARVAJAL	86077283			X		HSJDF	Medico	3142291986	——				—					
7	Jorge A. Gomez C.	91537378				40	HSJDF	Empleado	3047826617	andresgomez83@gmail.com									
8	Sandra Jeret	1102379524	✓			29	HSJDF	Medico	3023631	——									
9	Edier odubler	1121073407				31	HSJDF	medico	3008032017	——									
10	Cynthia Juliana Cabrera	1098378618	✓			32	HSJDF	Medica	3104735818	——									

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga-Floridablanca | Fecha: 04 de Noviembre/2025 | Hora: 7am.

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PAPE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																		
				GENERO			CICLO DE VIDA							DIFERENCIAL						CONTEXTO		
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Daniela Mantilla	1005163139		X			22	Saltesalud	Aux enferme	3011573826	danielamantilla025@gmail.									Daniela Mantilla
2	Yenifer R carrillo	1123055625		X			31	SaltEsalud	Aux Enfem	3116234970	yenifercarrillo626@gmail.com									Yenifer
3	Angie Valentina Bernal Espitia	1050090822		X			20		Est-Enfermería	3212159693	angelesbe921@gmail.com									
4	Leidy Bonfante	1102352909		X			38	saltesalud	Aux enfermería	3153881198	bonfanteleidy@gmail.com									Leidy Bonfante.
5	Luisa Ayo	1090983466		X			20		est. enfermería	3219092197	luisayo1030@gmail.com									
6	Dayana Arias	1097098882		X			20		Est enfermería	3223240851	dayancarla1@gmail									Dayana
7	Santiago Robatto	5205000-9			X		26		Est. Enfermería	+59893660866	walterrobatto99@gmail.com									
8	Jenny Marcela Bahamon	1098605013		X			40	Floridablanca. UCES.	Docente enfermera	3003861330	Jennymarcelabahamon dram16@hotmail.com									Jenny Bahamon
9	Jesus David Moreno	1005288752			X		24	Floridablanca UCES	Est. Enfermería	1005288752	enfermeria@mail.uis.edu.co									Jesus David M
10	Laura D. Oregliano	1095824481		X			29		Enfermera	3185001406	consultorioexterno.hsjd20@gmail.com									Laura D.

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) . Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga - Floridablanca | Fecha: 04 de Noviembre de 2025. | Hora: 7: am.

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PAREMM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Jose A. CaCeres Ayala	1095813960			X		33	SSD Prof. Apoyo	Prof. Apoyo	3187606837	caceres.ayala@outlook.com							X		
2	Juan Camilo Caamaño López	1005183812			X		22	Floridablanca	Estudiante Medicina	3213614886	Juancamilo0002@hotmail.com							X		
3	Jose David Parrilla.	1005028255			X		22	Floridablanca.	Est. Medicina.	3026391200	jdcbmed@gmail.							X		
4	Ana Paola Sepulveda	63583508		a			40	HSJD Floridablanca.	Enfermera	3003668349	linapaola5n19@gmail.com							a		Ana S.
5	Olga Lucia Sepulveda M	63355812					JJ	Florida	Pediatra	3158816487	olgavicky@hotmail.com									
6	Giovanni Mejía Castellanos	80407078			X		61	HSJD Florida	MD general Sala de Partos	3106808615	giodalmeca@gmail.com							X		
7	Jorge Giovani Mejía	1005257471			X		22	Floridablanca	Estudiante Medicina	3132140881	jgmb520@gmail.com							X		Jorge G. Mejía
8	Andrés Fernando Linares	1098749731					31	Florida	Enfermero	3162861028	alinares186@ufps							X		
9																				
10																				

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosalba Rodriguez Edad

Dirección e información de contacto: Calle 46 # 10A - 28 El Caimon Floridablanca.

Tel. 3166088273

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rosalba Rodriguez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 25 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carmen Monsalve. Edad 49 años

Dirección e información de contacto:

Cra 28a # 194A-62 Tel. 3115839565
villa pilar de Jesús

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 63518453 Bmanga

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 25 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Isabel Remolina Edad —

Dirección e información de contacto:

Floridablanca Tel. 3156295465

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

726

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 25 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Claudia Peñaloza Edad 40.

Dirección e información de contacto:

Calle 27A #6-10 Tel. 3152855233

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Claudia Peñaloza

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Claudia Katherine Sanjuan Becerra Edad 36 años

Dirección e información de contacto:

Terraza de miraflores Torre 10 apt 840. Tel. 3103365486.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Claudia Sanjuan

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamik Anaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Heliana Gireth Silva Benitez Edad 30 años.

Dirección e información de contacto:

Cll 19 # 31-95. Tel. 3023035288.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

729

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elaine Daniela R. Edad —

Dirección e información de contacto:

Flda Tel. 3016739750

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

730

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04/ 11/25 En (municipio, país): Hondaboland.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jose Luis Rodriguez Suarez. Edad 26 años.

Dirección e información de contacto:

Punta Ruitoque 2 Casa 28 Tel. 3138808084.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jaime Andres Rosales Torres Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Plaza San Marcos , Tel. 3103299522

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karol Ximena Rivera Velandia Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Vista azul Campestre T2 Apto 405 Tel. 3156869896

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / NOV / 2025 En (municipio, país): Floridablanca /colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamit Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maryan Angelica Calderón Ruiz Edad 26años

Dirección e información de contacto:

cll 147c#45casa5 prados del sur Tel. 3157204889

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Maryan Calderon

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaga.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Jaimez Pérez Edad _____

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3175992497

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ana Jaimez Perez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamik Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carolina Castillo M Edad 41 años

Dirección e información de contacto:

Hospital de Floridablanca Tel. 3178450276

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Carolina Castillo M

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 /2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Liseth Solano Diaz Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

cra 30#37-14 Quintas del Norte (Giron) Tel. 3212272461

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Karen S.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca-Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Milena ardila Edad _____

Dirección e información de contacto:

Cra 5 Nº 6-33 Tel. 3112564315

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

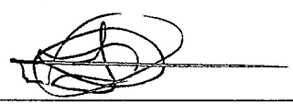
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

SERGIO CARVAJAL Edad —

Dirección e información de contacto:

FLORIDABLANCA Tel. 321 2241456

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 25 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sergio Andres Sierra Orle. Edad 40

Dirección e información de contacto:

cll 57 # 14-117 Tel. 3104780647

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

740

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 25 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

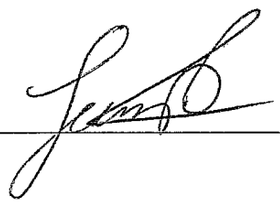
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandra Jerez Anza Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

Cra 3B-A 1 Nc- 03 Tel. 3023503173

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: Sandra Jerez

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): colombia, Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edwar Diaz Amaya Edad 34 Años

Dirección e información de contacto:

Cra 8A - 12- 87 Fluvialem Tel. 3008032019

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Edwar Diaz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: Edwar Díaz

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04/11/2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ayuliss Tatiana Caballero Edad 32 a

Dirección e información de contacto:

Cra 36A # 104-45 Tel. 3184[illegible]

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 25 En (municipio, país): Floridablanca.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yanik Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daniela Mantilla Pereira Edad 22

Dirección e información de contacto:

danielamantilla025@gmail.com Tel. 3011573826

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Daniela Mantilla.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yaiser Katherine Carrillo Edad 32

Dirección e información de contacto:

F/Ca. Tel. 311 6234930

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Y Carrillo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angie Valentina Bernal Espitia Edad 20

Dirección e información de contacto:

F/ca. Tel. 3212159693

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 09/11/25 En (municipio, país): Floridablanca.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Katerine Bonfante cocorcs Edad 38 años

Dirección e información de contacto:

calle 39A #17-36 Piedecuesta Tel. 3153881198.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: leidy Bonfante.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

747

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamik Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luisa Fernanda Aro Ramirez Edad 20 años

Dirección e información de contacto:

Calle 106 #37-21 altoviento 2 Tel. 3217092197

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamit Amaya - K.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lizbeth Dayana Arias Estupiñan Edad 20 años

Dirección e información de contacto:

Cll 3AN #8-150 la rioja Tel. 3223210351

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dayana Arias

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2023 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamik Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Walter Santiago Rabatte Riestra Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Conjunto residencial torres del parque (4to portal) Tel. +593936618806

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: W Rabatte

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

750

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jenny Marcela Balcazar Duran Edad 40 años.

Dirección e información de contacto:

Carrera 36 T: 2 Apt 601 Tel. 3005561330

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jenny Balcazar.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 25 En (municipio, país): Floridablanca.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Arango A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jesus David Herrera Mantilla. Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Cll 20 A # 24-86 Girón. Tel. 3178123418.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jesus David Herrera Mantilla.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura D. Orejarena Edad 29

Dirección e información de contacto:

F/ca Tel. 3185001406

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura D.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jose A. Caceres Edad 33

Dirección e información de contacto:

F/ca Tel. 3187606837

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juan Camilo Caamaño López Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Calle 157 # 154 - 237 Tel. 3213614886

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca -

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jose David Camilo - Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Cll 30 #16 - 41. Tel. 3026391200

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Arroyo.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dina Paola Sepúlveda Niño Edad 40 años

Dirección e información de contacto:

Cll 100 18-130 Tel. 3003668349

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya K.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Olga Lucia Segovia M Edad 55

Dirección e información de contacto:

Barrio Florida Tel. —

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 /25 En (municipio, país): Floridablanca.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Giovanni Mejía Castellanos Edad 6 años

Dirección e información de contacto:

Cra 44 #65-66 torre A Apto 103 Tel. 3106808645

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya M.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jorge Gromi Alberto Mejía Bonet Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Cra 44 #65-66 Conjunto Residencial Montana Tel. 3152140981

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jorge G Mejía

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

760

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): Floridablanca

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

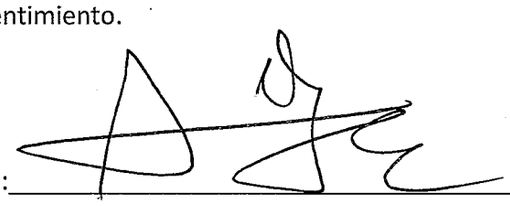
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Lucia Duque Edad 31

Dirección e información de contacto:

diagonal 186 Quebradaseca Tel. 316 2861 38

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana
Municipio: Bucaramanga - Floridablanca
Fecha: 04 de Noviembre/2025
Hora: 7:30 am.

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
04/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías, **USB.**	1	-yenny martnez (jefe rtaa quintero)	Ese hospital san juan de dios floridablanca
04/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Maryan C (Auxiliar cirugia)	Cartesalud.
04/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Carolina Castillo Vulgarez	Hospital de Florida.
4/nov/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Karen Liseth Solano D.	HSJDF-UMI
04/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Lina Paola Sepulveda	HSJDF - UMI
4-Nov 25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Roclantica Rodriguez	HSJDF - UMI
4-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Jorlwis Rodriguez Suarez	UDES
4-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Karol Ximena Rivera	UDES.
4-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Sandra Ximena Perez	Hospital san juan de dios UMI
4-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Carmen Monsal	Hospital Bucaramanga
4-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Edier Diaz Anaya	Hospital San Juan Dios Floridablanca

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE: SALUD

Provincia: Guanentina | Municipio: San Gil | Fecha: 4 de noviembre del 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PAPE MM

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Martha Lucia Diaz	1062876118	X			35 A	San Gil. C	Aux Enfermeria	3166191997	lucid300 hotmail co							X		Martha Diaz
2	Edgar G. Durán Suarez	91.071572		Y		57	San g. l	Aux Enf.	3006714357								✓		Edgar. Dura
3	Claudia M. Sierra	37901273	X			41	San Gil	Ginecolog.	3108872504	claudiasierra.m3c@gmail.com							X		
4	Lizeth Viviana Jiménez	1100956468	X			35	San Gil	Enfermera	3203845218	lizethjimenezenf@gmail.com							X		LizethJiménez
5	Daniela J. Moreno	1098777585	X			30	San Gil	Medico G.	3105545220	medicoapoyo.santacruz@foscal.com.co							X		
6	Karen T. Saavedra R.	1101622605	X			20	San Gil	Aux Enf	3046817617	Kalosan30@gmail.com							X		Karen
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Múltiple (M), Visual (V), Auditiva (A), Intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Gil, colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Martha Lucia Diaz Portal. Edad 38 años

Dirección e información de contacto:

Cuvo 20 H 17 - 05 San Gil. Tel. 3166191797.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Martha L. Diaz P

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Gil, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edgar Gonzalo Duran Suarez Edad 57 años.

Dirección e información de contacto:

Cr. 17 # 19-30 Tel. 3006714357.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Edgar Gonzalo Duran Suarez.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Gil, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lizeth Viviana Jiménez Chacón Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

Calle 5 # 4-55 apto 301 Tel. 3203845218

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: LizethJiménezCh.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

766

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Gil, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:
Claudia Yelena Sierra Sanabria Edad 41 años.

Dirección e información de contacto:
calle 2 # 13-20 Tel. 3109072509

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

767

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 9 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Gil, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daniela Janeth Moreno Moreno Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Cra 9 # 28A-23 barrio Coovip Tel. 3105595220

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Gil, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Tatiana Saavedra Rueda Edad 20 años

Dirección e información de contacto:

Calle 21 a #3b - 19 Tel. 3046819617

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Karen

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentina

Municipio: San Gil

Fecha: 4 de noviembre del 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
4/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías,USB,	1	Martha C Ruiz Portilla	CFS - San Gil
4/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Edgar G. Duran Suarez	clinica sta cruz.
4/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		Clinica Sta Cruz.
4/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	4	Lizeth Jiménez Ch.	Clinica Santa Cruz de la loma
4/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		clinica Santa cruz de la loma.
4/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Juliana Mayorga	CFSCL - San Gil
4/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Karen	CFSCL - San Gil
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 05/11/2025 | Hora: 7: am

Objetivo: Capacitar Emergencias Obstetricas, Desarrollo para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstetricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana_____

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	INTERSECCIONALIDAD MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL OSIGD (LGBTIQ+)	DIFERENCIAL DISCAPACIDAD	DIFERENCIAL ETNIA	DIFERENCIAL NINGUNA DE LAS ANTERIORES	DIFERENCIAL VICTIMAS DEL CONFLICTO	DIFERENCIAL OTROS	CONTEXTO URBANO	CONTEXTO RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Genifer P. Duque A.	1.100.968.088	X			30	Bga	Enfermera	3229480041	Genierduquev@icloud.com							X		G. Duque.
2	Vanessa Macias	1095809043	X			34	Bucaramanga	Enfermera	3165805841	Vamalc9119@gmail.							X		
3	Stella Granados	63154880	X			41	B/manga.	Enfermera	63154880	agrado840@gmail.com							X		
4	Maria Martinez A.	1102634416	X			20	B/manga	Aux Enfermeria	3175887434	martinezaverdonoobregonal.							X		M. Martinez
5	Lucia Fernanda Ma	1.102380963	X			29	B/manga	Auxiliar de enfermeria	3108780999	lfernandamunozlaverde@gm							X		
6	Yurley Andrea Niño	1095820.509	X			31	B/Manga	Aux. Enfermeria	3214849905	yula-1771@hotmail.com							X		Y. Niño
7	Paola N. Valbuena	1098655163	X			37	BSO	Profesional de Apoyo	3125609932	valbuena439@gmail.com							X		
8	José Romero	73.427.732				47	B/manga	Conductor	317.512.79.15								X		
9	Paola Quiñones	1098715393	X			34	B/manga	Enfermera	3153499200	Paolsabellon4@hotmail.							X		Paola Q.
10	Yuri Marcela Moreno	1095814060	X			33	B/manga	Auxiliar Enfermeria	3157216756	marcelamorenogonzalez231@gmail.							X		Yuri Moreno

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC). Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Republica de Colombia Gobernación de Santander	**REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS**	CODIGO	AT-A-FG-152
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 05 de Noviembre / 2025 | Hora: 7am

Objetivo: Desarrollo de capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstetricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participación Ciudadana _____

Tema: PARE MM

				INTERSECCIONALIDAD																	
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Maria Paula Castilla C.	1098819496		X			26	Clinica San Luis	Enf. RIAS.	3174299288	riasmaternoperinatal@clinicasanluis.com.co						X	X		Maria Paula Castilla C.
2	Maria Fernanda Hernandez	1098615325		X			21	Clinica San luis	Auxiliar enfermeria	3147426251	mafeh356@gmail.com						X	X		Maria Hernandez
3	Yaneth Dayanna Vega	1007390773		X			25	clinica san luis	Enfermera Planificación	3133871319	Yaneth Vaya20@hotmail.com						X	X		Y. Vega.
4	German G Ortiz Cruz	91349622			X		48	Clinica San Luis	Ginecologia	3012320109	germagcruz@hotmail						X	X		
5	JUAN [illegible]	91277087			X		54	clinica	[illegible]	3106808806	cadm.pnlb@[illegible]						X	X		
6	Alejandra Niño S	1100971368		X			28	Clinica San Luis	Medico general	3153485719	alejanimomed@gmail				X			X		
7	Sandra Caballero	1098700771		A			34	CSL	MEDICO GRAL	3207124251	sandycarillo@gmail				X			X		
8	Gladys Ximena Nuñez	37548002		X			48	CSL	Enfermera	3163734976	gladysximenanuñez@gmail.							✓		G Nuñez
9	Leidy Alexandra Giraldo	1049732073		X			32	CSL.	Enfermera	3218356405	alexa-1371@hotmail.com				X		.	X		L Giraldo.
10	Andrea Garcia Cote	1005564490		X			22	CSL	Enfermera	3183313148	agarcia.c91@unab.edu.co				X			X		A. Garcia

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 05 de Noviembre/2025 | Hora: 7am.

Objetivo: Desarrollo de capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: RAPE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Silva Daniela Candela	1095035941	X			28	Bucaramanga CSL	Aux Enf	3143779320	danielacandela@gmail				X			X		
2	Laura Suarez L.	1099656534	X			37	Bucaramanga CSL	Ginecologa	3108557045	Lalazard3r@hotmail.co				X			X		
3	Margarita Navarro	1095796179	X			37	Bmanga.	Ginecologa	3102448435	mnavarro@bucaramanga.gov.co.				X			X		
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Genifer Paola Duque Anyanta Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Cra 15#201a-30 M20 casa 14 (Fl. Blanca) Tel. 3229480041

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Genifer Duque Anyanta.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Vanessa Macias Mora Edad 34

Dirección e información de contacto:

C11 104 #25-19 Tel. 3165805841

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 5 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Stella Granados Agredo Edad 41 años

Dirección e información de contacto:

Cra 25 Nº 19-14 San Francisco Tel. 318 331 1745

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María José Martínez Avendaño Edad 20 años

Dirección e información de contacto:

Cra 6 Nº 18a - 58 Tel. 3175887734

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: María José Martínez Avendaño

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 5 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ligia Fernanda Muñoz León. Edad 29 AÑOS

Dirección e información de contacto:

fernandamunosleon@gmail.com. Tel. 3103978099

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: FMuñoz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 5 / Nov / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yurley Andrea Niño Fonseca Edad 31 años

Dirección e información de contacto:

Transv. el Carmen Casa 65B Tel. 3214849905.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Y. Niño

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 5 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paola A. Salcedo Edad 37.

Dirección e información de contacto:

Calle 40 # 1-21 Tel. 3125109932

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 5 / 11 / 2025 En (municipio, país): Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

José Rafael Romero Ortiz Edad 47 años

Dirección e información de contacto:

Calle 157 # 154-215 Cañaveral Tel. 317-524-915

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: José Romero

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 25 En (municipio, país): bmanga Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paola Andrea Quiroga Edad 34

Dirección e información de contacto:

Cra 18b #201-25 Floridablanca Tel. 3158903290

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Paola Andrea

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

782

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05/ 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yuri Manuela Moreno Gonzalez Edad 33

Dirección e información de contacto:

Cra 97 #14-03 Ciudad Venecia Tel. 3157216756

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yuri Manuela Moreno G.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Paula Castilla Criado. Edad 26 AÑOS.

Dirección e información de contacto:

Urb. Minuto de Dios T8 Apto 301. Tel. 3174249288.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: María Paula Castilla Criado.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga C1

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Fernanda Hernandez Edad 21

Dirección e información de contacto:

Cra 39a #150-29. Tel. 3147426401

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: María Fernanda Hernandez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Dayanna Vega Edad 25

Dirección e información de contacto:

Barrio San Bernardo Tel. 3133821319.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: K. Vega

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

German G Duarte Edad 48

Dirección e información de contacto:

Transv. oriental #90-22J Tel. 3012320109

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

JUAN Manuel Ny Roma Edad 54

Dirección e información de contacto:

clle 49 #50-01 Tel. 3106808806

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 04 / 11 / 25 En (municipio, país): Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

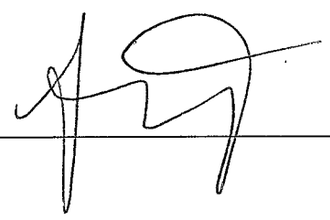
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alejandra Niño Edad 28

Dirección e información de contacto:

Calle 19 # 32-45 Tel. 3153485119

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05/ 11/ 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamib Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandy Camho Edad 34

Dirección e información de contacto:

Caagle Cordomus Tel. 3202724251

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05/11/25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gladys Ximena Muñoz Edad 48

Dirección e información de contacto:

Cra 16a Nº 88-15 Tel. 3163734876

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Gladys Ximena Muñoz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yerly Alexandra Giraldo Suárez Edad 32 años.

Dirección e información de contacto:

Cra 16 200 #425 Conjunto Ventura Florida Tel. 3218958985.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yerly A Giraldo S.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

792

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05/11/2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Natalia Gómez Cortes Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Calle 18 #25-96 Tel. 3183313743

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: A. Gomez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bmanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Silvia Daniela Cardela Pinzon Edad 28

Dirección e información de contacto:

Conjunto Panoramen T2 Apto 103 Tel. 3143999320

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Daniela Cardela Pinzón

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Jaimes Edad 37.

Dirección e información de contacto:

Trans 154 # 150-26 Apt 2303. Tel. 3106257049.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Jaimes

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2024 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Margarita Navarro Pabon Edad 37 años

Dirección e información de contacto:

Cra 21 #36a-83 Tel. 3102448435

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Margarita Navarro.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Bucaramanga

Fecha: 05 de Noviembre / 2025.

Hora: 7am.

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
05-11-25.	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías, **USB.**	1	Nana Paula Castilla Criado	Clínica San Luis.
05/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Vanessa Macias Mora.	Clinica San Luis
05/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Genifer Paola Duque Angarita	Clinica San luis.
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Yurley Andrea Niño Fonseca	Clinica San Luis
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Ligia Fernanda Muñoz leon	clinica san luis
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Maria jose Martinez	clinica san luis.
5-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Stella Granados Agredo	Clinica San luis
5-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Paola pamela galvez.	SSD.
5-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Yuri Marela Moreno Gonzalez.	Clinica San Luis
05/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Paola Quiñones Arroyo	Clinica San luis
5/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Jose Ramon Portilla	Clinica San luis

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana
Municipio: Bucaramanga
Fecha: 05/11/2025.
Hora: 700 am.

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
05-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Mara Fernanda Hernandez	clinica san luis
05-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Karen Dayanna Vega Cavargo	clinica San Luis.
05-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	German Gonzalez	clinica san luis
5-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Juan Manuel Rey	clinica San Luis
05/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Stiny Cuervo	CSL.
05/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Alejandra Niño	CSL.
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Laura Jaimes.	Clinica San Luis.
05-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Gladys Ximena Nuñez	clinica San luis
05/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Andrea Natalia Gomez	Clinica San Luis
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			

Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Guanentina | Municipio: Charalá | Fecha: 5 de Noviembre del 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Kathenn Forero.	1.100.969.851	X			29	Encino E.S.E Encino	Enf. Profesional	3155758781	Kathenn.fr09@gmail.com				X				X	
2	Edgar Güizo	91074277		^		50	ESE charala	Medico	7107873814	odyorganizaciones@yahoo.com.				/					
3	Arianna Carolina Rueda	1003241456	X			24	ESE Enano	Medico	3202807801	ariannacrueda@gmail.com				X				X	
4	Alba Cecilia Pinzon Araya	1005311742.	X			25	ESE Encino	Aux enfermeria	3228033391.	albapinzon571@gmail.com.				X				X	
5	Janith Ricaurte Santos	37707342	X			46	ESE Charalá	Enfermera	3112779562	PyPexcharala.3@gmail.com				X			X		
6	Alba Ma Fonseca	28098769	X			62	ESE Charalá	Aux. Enf	3105814309	albafonce28@gmail.com				X			X		
7	Zoly Jineth Pico U	37707180	X			47	ESE Charalá	Aux Enfer	3107854509	zolyjinethpico707@gmail				X			+		
8	Sandra Catalina Tarés	1098822971	X			26	ESE Charalá	Medico	3157387135	Stores89589@gmail.com				X			X		
9	Rosa Maria Buitrago	28020363 C/	X			47	ESE Charala.	Aux enfermeria	3112201476	@gmail.com rosamariabuitragosolano				X			V		
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Charalá, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kathern Forero. Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

E.S.E Encino. Tel. 3155758781

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

300

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Charalá, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edgar Güizo Matus. Edad 51

Dirección e información de contacto:

Edgarguizomatus@yahoo.com. Tel. 3107873814

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

801

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Charalá, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Arianna Carolina Rueda Ibarra Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3202807801

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

802

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Charalá, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alba Cecilia Pinzon Araque Edad 25

Dirección e información de contacto:

Encino Urbano Tel. 321 8[illegible]91

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: AlbaPinzonA.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

803

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Charala, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yamith Rivera Santos Edad 46.

Dirección e información de contacto:

Cra 10 76A - 33 Tel. 3112729562.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

304

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Charalá, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alba María Fonseca Gualdrón Edad 62 años

Dirección e información de contacto:

Calle 20 #13-53 Piso 2 Tel. 3105814307

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Alba Fonseca G

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

805

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Charalá, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Zuly Jineth Pico Vega Edad 47 años

Dirección e información de contacto:

C/ 19A N° 13A-27 Tel. 3107854509

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Zuly Jineth Pico Vega

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

806

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Charalá, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandra Catalina Torres Rojas. Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Calle 25 #14-55-301 Tel. 3157387277

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

807

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 05 / 11 / 2025 En (municipio, país): Charalá, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosa María Buitrago Edad 47 A.

Dirección e información de contacto:

Barrio Jose Antonio Galan. Tel. 3112220146.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentina

Municipio: Charalá

Fecha: 5 de Noviembre del 2025

Hora: 7:00am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. USB	8	Kathenn Forero.	E.S.E. Centro de Salud Encino
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE - CHARALA.
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE Encino.
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE Encino
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	5		ESE. Hospital LCGS. Charalá.
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE HLGS Charalá
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Zoly Jineth Rico Vega	ESE HLCGS charalá
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE HLCGS Charalá
5/11/25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Rosa Maria Buitrago	ESE HLCGS charala.
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Hora: 7:00 am

Provincia: SOTO | Municipio: Matanza | Fecha: 6 de Noviembre del 2025

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstetricas

Tema: PARE mm

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO				
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Nury Smith Gomez	1098286788	X			27	ESE SAN RAFAEL DE MATANZA	Aux de enfer	3207567160	nurysmith1997@hot							X		Nury Gomez
2	Carolina Suarez Ochoa	1098286255	X			36	Ese san Rafael Matanza	Aux de Enfermeria	3185557146	caosto1988@gmail.com								X	Carolina Suarez O
3	Clara Marcela Vera T	1005280377	X			23	ESE San Rafael Matanza	Medico SSO	3007837894	clara marcelavera torres@gmail.com							X		
4	Diana Maldonado Rafael	63551.021	X			42	ESE San Rafael	Auxiliar PAI	3166235441	Matanzaesehospitalpai@gmail.com					X				
5	Martha Cristina H	1098286138	X			38	ese san Rafael	Auxiliar Enfermera	3218388102	marthacristinahs @gmail.com							X		MHCH
6	Karen Echaveny Silva	1098769532.	X			30	ESE San Rafael de matanza	Aux de enfermera	3112956264	Cuentagenerikaren @gmail.com				X			X		
7	Karen A Hernandez M	1098753930	X			31	ESE San Rafael de Matanza	Médica SSO	3209449214	kahme3194@gmail.com				X					Karen A Hdez M
8	María Nancy Rojas G.	1095299447	X			21	Ese San Rafael de Matanza	Aux. de Enfermeria	3167729675	marianancyrojas gonzalez@gmail.com							X		Maria Rojas G.
9	Maria Fernanda Avendaño	1005321186	X			25	ESE San Rafael Matanza	Enfermera Jefe.	3212219208	enfermeriacontratpai 2025@gmail.com							X		
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

810

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 06 / 11 / 2025 En (municipio, país): Matanza

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nury Smith Gomez Pabon Edad 27

Dirección e información de contacto:

Cra 6 # 3-82 Tel. 3204507980

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Nury Smith Gomez Pabon

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 06 / 11 / 2025 En (municipio, país): Matanza

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carolina Suarez Ochoa Edad 36.

Dirección e información de contacto:

Finca el Espejo Vda Guamal Matanza Tel. 318 555 71 46.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Carolina Suarez O.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 06 / 11 / 2025 En (municipio, país): Matanza

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Clara Marcela Vera Torres Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Cra 51 # 52-65 B/go Tel. 3007837894

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Clara Marcela Vera T.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

813

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 06 / 11 / 2025 En (municipio, país): Matanza

Por (fotógrafo o camarógrafo): Smith Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Marcela Rojas Florez Edad 42

Dirección e información de contacto:

Barro las Moreras Tel. 3166623541

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 06/ 11/ 2025 En (municipio, país): Matanza.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Arenas.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Martha Cristina Hernández Hernandez Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

calle 3 # 5-45 Barrio San Rafael Tel. 3226408102

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: MarthaCristinaHernández

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 06 / 11 / 2025 En (municipio, país): Matanza

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Dayana Echeverry Silva Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Calle 9 # 5-63 apto 301 Vblante Tel. 3114956264

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 06 / 11 / 2025 En (municipio, país): Matanza

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Keren Andrea Hernandez Mejia Edad 31 años

Dirección e información de contacto:

Calle 18 58-21 B. La Cumbre Tel. 3209449214

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Keren Hernandez M

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 06/ 11/ 2025 En (municipio, país): Matanza

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Nancy Rojas González Edad 21

Dirección e información de contacto:

Cr 6 # 5-81 Barrio la flores Matanza Tel. 3167729675

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Maria Nancy Rojas González

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 02 / 19 / 2025 En (municipio, país): Matanza.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Fernanda Avendaño Delgado Edad 25 años.

Dirección e información de contacto:

Cra 3 # 60-80 casa 4-4 Tel. 3212214208

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: María Fernanda

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Soto

Municipio: Matanza

Fecha: 6 de Noviembre del 2025

Hora: 7:00am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
06-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías, USB ✓	01	Maria Fernanda Avendaño.	ESE Hospital San Rafael
06-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Nury Smith Gomez Pabon	Ese hospital San Rafael
06-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Carolina Perez Ochoa	Ese hospital San Rafael.
06-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Clara Marcela Vera Torres	ESE Hospital San Rafael
06-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Diana Rolando Rojas Flora	Ese San Rafael Matanza
06-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Martha Cristina Hernández	Ese San Rafael Matanza
06-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Karen Dayana Echeverry Silva.	ESE Hospital San Rafael Matanza
06/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Karen Andrea Hdz M	ESE Hospital San Rafael de Matanza
06-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	María Nancy Rojas González	Ese Hospital San Rafael de Matanza
06-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	01	Silvia Juliana Gonzalez	ESE Hospital San Rafael de Matanza
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE-APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 7 Noviembre del 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias Obstetricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PARE MM

								INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO							
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL		OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL		FIRMA / HUELLA				
1	Alexa Vega	13510749	X				Policlinica Barrancabermeja	Aux Enfermera	3053778308	alexander.campos@ecopetrol.com.co								X			Alexa Vega				
2	Juan Carlos Arcila	8.749.175		X		60	Bca IBTJ del Policlinico	Anestesiologo	3132920971	Jvcongregring.com								X							
3	Karol Cardeño S.	1152186308	X			35	Policlinica Barrancabermeja	Enfermera	3046822536	Karol.cardeno@ecopetrol.com.co								X			Karol C.				
4	Roci Natali Farfan B	1005777134	X			26	Policlinica Barrancabermeja	Aux. Enf	3004765608	Roci.farfan@ecopetrol.com.co								X			Roci farfan.				
5	Stefanyn Suarez H.	1096205575	✓			35	Policlinica Barrancabermeja	Aux Enfermera	3175940823	Stefanyn.suarez@ecopetrol.com.co								✓			Stefanyn Suarez.				
6	Paola Andrea Osma	37862569	✓			44	Bca Policlinica	Enfermera	3003032449	pagrdios@hotmail.com								✓							
7	Andrés Parra Páez	1004146795		✓		31	Policlinica BBMeja	Medico	3[illegible]	[illegible]								✓							
8	José Gregory Hernandez Perez	1066086077		X		35	Policlinica Barrancabermeja	Médico	3147939114	gprotunja@gmail.com								✓							
9	Claudia Patricia Suarez	63672048	X			49	Barrancabermeja H+02	Enfermera	3133855314	claudia.suarez@ecopetrol.com.co								✓			Claudia Suarez				
10	Ana Paula Gómez G.	1045744973	X			28	Bca Policlinica	Médico	3004449722	anapaulagomez0312@gmail.com								X			Ana Paula G.				

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar Capacidades Para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participación Ciudadana _____ | Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA							DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Isabel Cristina Mier	63 460 892	X			J3	B/co ecopetrol	Aux. Enferm	315 8443569	Isabel.mier@ecop.							X		
2	John Enrique Diaz V.	1098610048.		X		49	B/ca. Ecopetrol	medico cei-2	3188815877	johndiaz0308@hotmail.com							X		
3	Ana Maintza Prieto Tobon	37725388	X			45	Barranca ECP	Enfermera UCI-ECP	3159284181	ana.prieto@ecopetrol.com.co							X		
4	Julio Cesar Duran	13.544.440		X		47	Barranca	Intensivista UNIB	3125822	Jul.o cesar dl a hotmail.c-							X		
5	Oscar Parra	91455567	X			43	Barranca	Coordinador	315 219 8910	Oscar.s.parra@ecopetrol.com.co							X		
6	Nilen Salcedo	72 269.909		X		42	Bbarranca	Med. Hosp.	3025740918	Nilen.Salcedo@ecopetrol.com.co							X		
7	Andrea Morales Triana.	63560830	X			40	Bca) Barranca.	Medica. Hospitul.	3168705205	andrea.mo.morales@ecopetrol.com.co							X		
8	Lauy Elena Gomez	63560731	X			40	Bca-B/a	Enfermera	3104466887	Franchescapg@hotmail.com							X		
9	Hector A Cano M	13851375			X	45	Bca-Barranca	Enfermero	3102835291	Hector.Cano@ecopetrol.com.co							X		
10	Paola V. Ruiz M	43528506	X			48	B/mga	Gineco	3207904124	pvruiz_ma@gmail.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 7 Noviembre del 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias Obstétricas | Tema: PAREMM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO					
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Nidia Silva	37.896.963	X				B/jo	Enf.	3212843570	nidia.silva@ecopetrol.com.co							X		
2	Victor Pena V	91287598		X		53	Bjo	Intensista	3114194550	victorjpena@yahoo.com							X		
3	Ruben Palacio C.	9081639		X		50	Bjo.	Ginecoobst.	3173831892	ruben.palacio.colon@msn.com							X		
4	Elvis Castro	13.886.170		X		68	Bcs B/o	Ginecologo	3002178068	elcastrogyn@hotmail.com							X		
5	Steven Barreto	1005325659		X		23	B/manga		3167804304	Mbarretopalma@gmail									Steven Barreto
6	Egbert Siguiera	4084460		X		52	Bmeja	Anest	3115103697	egbertsiguiera@gmail.com							X		
7																			
8																			
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: Nov / 07 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga / Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alexa Vega Edad Noviembre/07/2025

Dirección e información de contacto:

Conjunto Parque Vivero Club Tel. 3053778300

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Alexa Vega

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

824

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bca IBJa , colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juan Carlos Arella Mejía Edad 60

Dirección e información de contacto:

Calle 54 #23-35 Tel. 3137920971

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jarella

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karol Cardeño Sanchez Edad 35

Dirección e información de contacto:

Calle 71 #24-39 Tel. 3046827536

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Karol C.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja /colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Roci Natali Farfan Beltran Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

B/los coralestete #26 Tel. 3004765608

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Roci Farfan.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / NOV / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Stefanyn Suarez Hernandez Edad 35 años.

Dirección e información de contacto:

Carrera 55 # 56 29-27 Barrio las nieves Tel. 3175940823.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Stefany Suarez.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Pablo Andrés Duque Osuna Edad 44 Años

Dirección e información de contacto:

Mz 17 B3 #17-29 B. Primavera Tel. 3003032491

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andres Perez Perez Edad 31 años

Dirección e información de contacto:

Cll 56 # 19-51 Tel. 3178948166

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

José Hernandez Edad 35

Dirección e información de contacto:

B/ca Tel. 3147293914

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jose Gmez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

831

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Claudia Patricia Sua Amezquita Edad 49

Dirección e información de contacto:

Cra 25 # 95-57. Recreo Tel. 3133855314

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Claudia Patricia Sua Amezquita

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

832

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Paula Gómez González Edad 28

Dirección e información de contacto:

Cra 24 54-41 Terpel Tel. 3004449722

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ana Paula G.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____.-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7 / NOV / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Isabel Cristina Flórez Edad 53 años

Dirección e información de contacto:

Cra 34 # 52 bis 80 Tel. 3158443565

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 /11 /2025 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

John Erick Diaz Vesga. Edad 39 años.

Dirección e información de contacto:

Clle 60A #17-31 B. Galan. Tel. 3188815877.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: Steven Barreto

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Maritza Prieto Edad 45 años

Dirección e información de contacto:

Cll 64 # 15D-37 Tel. 3159284181

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

936

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Julio Cesar Duran Edad 47

Dirección e información de contacto:

Calle 31 #28-48 Tel. 3125862081

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

837

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07/11/2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yobanis Daconz Edad 43

Dirección e información de contacto:

Dalilia Gonzalez Tel. 3152198920

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yobanis Daconz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

838

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7/11/25 En (municipio, país): Bbarmeja / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nilen Salcedo Edad 42

Dirección e información de contacto:

Calle 72 #23-53. Tel. 3023740918

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja / Santander / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Morales Triana Edad 40 años.

Dirección e información de contacto:

Carrera 31 A 75 A 40 Luis Eleazar Tel. 3168705205

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Andrea Morales Triana.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laury Elena Gomez V Edad 41.

Dirección e información de contacto:

Cll 52B 20-58 Tel. 3104466887.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laury Gmez.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

841

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 7 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bamaraabermejo

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Hector Alfonso Cano Martinez Edad 15 años

Dirección e información de contacto:

Cra 22 Nº 35C40 Tel. 3102875291

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Hector A Cano Martinez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

842

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 2025 En (municipio, país): B/ucramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Pablo V. Ruiz M. Edad 48 años

Dirección e información de contacto:

Calle 56 # 19-51. Tel. 3207904124

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Pablo Ruiz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bolmeja / colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Urdia Padirosilva Rincón Edad _____

Dirección e información de contacto:

cra 17 N°50-37 Tel. 3212843510

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Mulia julius

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja / Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Victor Pena Naranjo Edad 53 años

Dirección e información de contacto:

Carrera 18 A #47-43 Tel. 3114194550

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ruben Poloche Calao Edad 50 años

Dirección e información de contacto:

CL. 67 N. 18 C 50 Apto 401 D Tel. 3173831892

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 1558

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07/11/2025 En (municipio, país): Barbosa / Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanmys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Eluis Castro Noguera Edad 68 años

Dirección e información de contacto:

Cll 6 53 # 22-44 Tel. 300 215 8068

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

847

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Crespo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Steven Barreto Palma Edad 23

Dirección e información de contacto:

Carrera 40 #9-20 Bmanga Tel. 3167804304

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Steven Barreto

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____

848

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 07/11/2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado Cresso

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Egbert Figueres Valdés Edad 52

Dirección e información de contacto:

K37#42-284 Tel. 3115703684

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yarigüies

Municipio: Barrancabermeja

Fecha: 7 Noviembre del 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías, **USB.**	1		Ecopetrol - Gestores Bienestar.
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		UNAB — UCI
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		Ginecología ECP
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		Ginecología ECP
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Andrea Murillo Triana.	ECP. - Hospital.
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Ana Paula G²	Policlínica.
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		policlínica ECP
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		ECP - Policlínica
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Alexa Vega	Ecopetrol Policlínica
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Karol G.	ECP - Policlínica
07/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		Ecopetrol - Barrancabermeja

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yariguies | Municipio: San Vicente Chucuri | Fecha: 10 de Noviembre del 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PARE MM

											INTERSECCIONALIDAD												
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO						
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	U R B A N O	R U R A L	FIRMA / HUELLA
1	Caren Yamara Arego	1027230790	X			30	San Vicente ese Hospital San Vicente	Auxiliar enfermería	3107052926	[illegible]									
2	Alexandra [illegible]	37658.617	X			54	San vte de ch ESE Hosp. San	Aux. Enfermera	3142676657	[illegible]									
3	Diana Marcela [illegible]	1102787715	X			31	San Vicente Ch	Aux Enfermería	3166594241	marcelamelo07@gmail.com									
4	Yomira Cabezas Salvador	63506994	X			51	ESE San Vicente de Chucuri Hospital de Chucuri	Medico	3142327937	[illegible]									
5	Yeni Marcela Tarazona S.	1101698124	X			26	San Vicente Chucuri ESE Hospital San Vicente Chucuri	Aux Enfermeria	3508344697	Yenitarazona199906@gmail.com									
6	Yennifer Antolinez	1102710357	X			35	ESE San Vicente de Chucuri	Aux Enfermeria	3107883082	tatianantolinez28@Hotmail.com									
7	Mary Gutierrez P.	1005[illegible]	X			23	ESE Hospital San Vicente de Chucuri	Medica SSO	3125251264	marygqpleta@gmail.com									
8	Rosa Gómez F	1079941129	X			26	Ese Hospital San Vicente de Chucuri	Medico	3105132693	rosamargaritagf[illegible]@gmail.com									
9	Arlyn Patricia Rebolledo	1007913007	X			24	ESE Hospital San Vicente Chucuri	Medico	3144251291	arlyhotari1720@gmail.com									
10	Ana Milena Antolinez Flórez	1094273314	X			31	San Vicente de Chucuri / ESE Hospital SVCH.	Médico	3166236270	milleramaf@gmail.com									

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yariguies | Municipio: San Vicente de Chucuri | Fecha: 10 de Noviembre del 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PAPE MM

			INTERSECCIONALIDAD																			
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Wendy Tatiana Atencu Uribe	1102723139	X			30	S.V.Ch	Medico	3102022099	wendytatiana08@hotmail.com							X		Wendy Atencu
2	Slendy Fernanda Ardila Diaz.	1098821634	X			25	S.V.CH ESE H.S.V.CH	Enfermera	3175395452	slendyfernanda@gmail.com							X		Slendy F. Ardila D.
3	Rud Sanchez Gomez	37658736	X			51	SV CH.	AUX ENF	3134020371								X		Rud Sanchez G.
4	Elias Merchán Chacón	5660098		X		62	SV.CH.	Enfermero	3128027131	Pymho sanvicente@gmail.com							X		
5	LauraCatalinaSanchez	1007790607	X			25	San Vicente de Chucuri	Médico	3183060468	catalinasabee@gmail.com							X		
6	Nelly Johana Ortiz	1098659022	X			38	Sute ch	Auc Enfer.	3102639913	Nelly1804@gmail							X		
7	Luz Esther Medina	1102718374	X			36	Sute ch	AUX Enfer	3115054632								X		
8	Laura Marcela Pinzón	1102723855	X			29	Sute ch	Aux Enfe	3223427967								X		Laura Pinzón
9																			
10																			

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

852

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daren Yomara Borge Arcila Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Borge Bajo Tel. 3209052926

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10/11/2025 En (municipio, país): San ute de chucuri

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alexandra Arenas suarez Edad 54 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 7 # 8-03. Barbosa Bgo Tel. 3142676657

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2024 En (municipio, país): San Vicente chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Mereles

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Marcela Rueda Jaimes Edad 35

Dirección e información de contacto:

calle 8 bis #4-121 B. la granja Tel. 3166594269

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Marcela Rueda

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Viviana Quevara Bolívar Edad 51 años

Dirección e información de contacto:

ESE Hospital San Vicente de Chucurí Tel. 3142327939

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yeni Marcela Tarazona Salinas Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

ESE Hospital San Vicente de Chucurí Tel. 3508314067

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yeni Marcela Tarazona Salinas

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

857

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

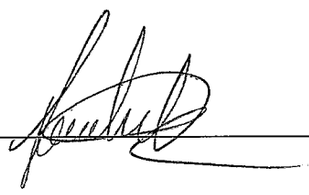
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yennifer Tatiana Antolinez Rojero Edad 35

Dirección e información de contacto:

Calle 15 # 28-16 Tel. 3107983082

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

858

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 10 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

mary juliana gelvez Plata Edad 23 casi

Dirección e información de contacto:

ESE Hospital San Vicente de Chucurí Tel. 3125251269

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: mary juliana gelvez Plata

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

859

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucuri, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosa Gomez Fandiño Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Barrio Centro - edificio Banco agrario Tel. 3105132993

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rosa Gomez Fandiño

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente Chucurí, Santander, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Anyhatina Rebolledo Edad 24 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 11 N° 12-68 Tel. 3144851291

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Millerlay Antolinez Flórez Edad 31 años.

Dirección e información de contacto:

Bosque Bajo, SVCH, Tel. 3166236270

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Wendy Tatiana Arenas Unbe Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Cll 8bis # 2-37 Barno la Granja Tel. 3102022019

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Wendy Arenas Unbe.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí, Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

ESE Hospital San Vicente de Chucurí - Fernanda Ardila Edad 26.

Dirección e información de contacto:

pyp.sanvicente@gmail.com. Tel. 3175395952.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Fernanda Ardila D.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Raúl Sanchez Gomez Edad 51

Dirección e información de contacto:

San Vicente Tel. 3175395452

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Raúl Sánchez Gómez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

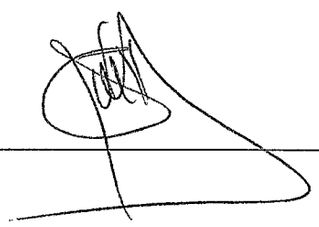
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elias Merchán Chacón Edad 62 años

Dirección e información de contacto:

ESE Hospital San Vicente de Chucurí Tel. 3125027131

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

866

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Catalina Sanchez Becerra Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Cra 29 #33-53 Tel. 3183060468

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 16 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nelly Johana Castro Espinosa Edad 38 Años

Dirección e información de contacto:

Barrio Campestre Cr 7 A N-02-03 Tel. 3102689913

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Nelly Johana Castro Espinosa.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Esther Medina Jimenez Edad 36 A

Dirección e información de contacto:

Barrio San Bernardo Tel. 3115054632

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Vicente de Chucurí

Por (fotógrafo o camarógrafo): Andrea Meneses

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Marcela Pinzón Rivera Edad 29

Dirección e información de contacto:

Carrera 21 #6A-37 Barrio Yariguies Tel. 3223427961

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Marcela Pinzón Rivera

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Yarigüies

Municipio: San Vicente de Chucuri

Fecha: 10 de Noviembre 2025

Hora: 7:00am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
10-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías. **USB**	1	Carenly Arteaga Nieto	Ese Hospital San Vicente
10-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Alexandra Arenas S	Ese Hospital San Vicente ch.
10-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Mónica S. Quevedo Bolivar	ese Hosp. San Vicente de Chucuri
10-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Yennifer Tatiana Antolinez	Ese Hospital San Vicente de chucuri
10-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Rud Sánchez Gomez	ESE Hospital San Vicente Ch.
10-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Wendy Chacón Ariza	ESE Hospital San Vicente Ch
10-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Rosa Gomez Fandiño	ESE Hospital San Vicente ch
10-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Ana Hillerlay Antolinez Flórez	ESE Hospital San Vicente de Chucuri
10-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Yeni Marcela Tarazona Salinas	ESE Hospital San Vicente de chucuri
10/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Diana Marcela Ruiz De Jaimes	ESE Hospital San Vicente ch.
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Guanentina | Municipio: Páramo | Fecha: 11 de Noviembre 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

				INTERSECCIONALIDAD																		
				GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Claudia Hernández	28.469.689		X			46	ESE Páramo	Enfermera	3138444468	enfermeriaparamo@gmail.com						X	X		
2	Leydy Meza Jaramillo	1100973230		X			27	ESE Páramo	aux Enfermera	3133185861	leydymezajaramillo@gmail.com						X	X		
3	Jorge Sebastián Jaimes Fontecha	1098819306			X		25	ESE CS Páramo	Médico	3118927415	jjaimes145@unab.edu.co						X	X		
4	Yeeni Viviana Daza Vargas	1005464779		X			23	ESE Páramo	aux enfermeria	3186157099	vivianadaza231@gmail.com							X		
5	Lesli Cordoy Corredor Herrera	1.101.992.946		X			27	ESE CS Páramo	Aux Enfermeria	3219890046	lesliccorderocorrea@email.com							X		
6	Luz Estella Ardila Bernal	28284907		X			54	ESE Páramo	Aux Urgencias	3209996403	luzestellaardila1@gmail.com							X		
7	Yeimy Villamizar	1100968400		X			30	ESE San José	Enfermera	3214298333	Enfermera jefe Valle @Hotmail.Com							X		
8	Tatiana moreno	1005454482		X			22	ESE San José	Aux. Enfermera	3134616649	tatimoreno12@gmail.com				X			X		
9	Maria Fernanda Toro	1005106093		X			25	ESE PARAMO	Médica	3208072098	mariat23359@gmail.						X	X		
10																						

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

372

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 11 / NOV / 2025 En (municipio, país): Páramo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Claudia Milena Hernández Edad 46

Dirección e información de contacto:

Cll 3 # 2-20 Tel. 3138443809

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: [signature]

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 11 / NOV / 2025 En (municipio, país): Páramo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

leyda Johana meza Jaramillo Edad 27

Dirección e información de contacto:

Cra 5 # 3-78 Tel. 3133185864

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 11 / NOV / 2025 En (municipio, país): Páramo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jorge Sebastián Jaimes Fontecha Edad 25

Dirección e información de contacto:

Avenida Los Bucaros #60-168 Tel. 3118827415

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Sebastián J. Fontecha

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 11 / NOV / 2025 En (municipio, país): Páramo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yeeni Viviana Daza Vargas Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Vda Capellanía / Páramo. Tel. 3186157099

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yeeni Daza.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

876

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 11 / NOV / 2025 En (municipio, país): Páramo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lesli Carolay Correa Herrera Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Calle 70 # 1-45 Barrio La Juventud Tel. 3219890016

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Carolay C.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 11 / NOV / 2025 En (municipio, país): Páramo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Estella Adela Bernal Edad 54

Dirección e información de contacto:

Barrio Juventud calle 6-144 Tel. 3209916463

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: LSAB

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 11 / 11 / 25 En (municipio, país): Páramo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yeimy Alexandra Villamizar Cifuentes Edad 30

Dirección e información de contacto:

Calle 3 # 5-45 Tel. 3214298333

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 11 / NOV / 2025 En (municipio, país): Páramo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ouly Tatiana Moreno Edad 22

Dirección e información de contacto:

Cra 9a #7-20 Tel. 3134611849

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ouly Tatiana Moreno R.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 11 / NOV/ 2025 En (municipio, país): Páramo, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mana Fernanda Toro Acosta Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Cra 2 #5-6 Tel. 3209042970

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Mana Fernanda Toro.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentina

Municipio: Páramo

Fecha: 11 de Noviembre del 2025

Hora: 7:00am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
11/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías. + (1) USB	4	[illegible]	ESE Páramo
11/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	[illegible]	Ese páramo.
11/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Sebastián J. Fontecha	ESE CS Páramo
11/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Yeny Daza-	ESE Paramo
11/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	CARDYC	ESE PÁRAMO
11/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	ISAB	ESE Paramo
11/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	9	[illegible]	ESE Hospital San José
11/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Duly Tatiana Moreno	ESE Hospital San José
11/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías. + USB	1	Maria Fernanda Toro Acosta	ESE PARAMO.
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Guanentina | Municipio: Barichara | Fecha: 12 de Noviembre del 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstetricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	INTERSECCIONALIDAD DIFERENCIAL OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	CONTEXTO URBANO	CONTEXTO RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Alvaro Julian Diaz Garcia	1098942200		X		30	Barichara	Enfermero EBS	3166110952	Julianalg98@hotmail.com				X				X	
2	FABIO ANDRES SUÁREZ G.	1005449795		X		31	Barichara	Enfermero EBS	3107759132	fabiosuarez2920001@gmail.com				X			X		
3	Omar Villamizar Lda	1098802536		X		36	Barichara	Medico EBS	3157547504	villamizar1212@gmail.com				X			X		
4	Gpavana Astrid Guevara	37946817	X			47	Barichara	Jefe consultorio	3125260811	Hospitalbarichara jefep40@gmail.com				X			X		
5	Angelica Vesga	1101075842	X			31	Barichara	AUX enfermeria	3246886698	Sanydicaros@hotmail.com				X				X	
6	Hayder Avila	1100950806		X		20	Villanueva	AUX enfermeria	3102577654	davidbare3159@gmail.com				X			X		
7	Nicolás Mauricio Trujillo García	1005205831		X		24	Villanueva	Médico SSO	3003911340	nicolas.m.trujillo.g@gmail.com				X			X		
8	Nancy Liliana Gómez	37531532	X			41	Villanueva	Aux. enferme	3123338925	nancyliliangomez@gm				X			X		
9	Andrea del Pilar Rojas Ardila	1100962877	X			32	Villanueva	Enfermera	3129748911	andreadelpilarrojasardila@gmail.com				X			X		
10	Yandi Rocio Casallas	37900269	X			42	Villanueva	AUX Enfermeria	3164524673	rociocasallas6 hotmail.es				X			X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intorsexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Guanentina | Municipio: Barichara | Fecha: 12 de Noviembre del 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

											INTERSECCIONALIDAD											
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO					
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Karla Muñoz Silva	37893484	X			49	Barichara	Aux enfermeria	3166180503	ana980006@gmail.com				X			X		
2	Diana Carolina Lizarazo	1100974706	X			26	ESE Barichara	auxiliar de enfermeria	3133510907	Dlizarazo@gmail.com				X			X		Diana Lizarazo
3	Yomer Cruz	1101[illegible]		X		33	ESE Barichara	Aux de enfe	3112637711	Yomercruz9[illegible]				X			X		
4	Daniela Andrea Salazar G.	1005329550	X			23	Ese Barichara	Medica SSO	3183941498	Dia.salazarguarin@gmail.com				X			X		
5	Rosa Angélica Gómez	1100967033	X			30	ese Barichara.	Aux. enfermeria.	3186504479.	rosa10gomez10@gmail				X			X		Rosa A. Gómez
6	Orlando Dia.	91243426		X		59	Barichara	Conducto	3014042138	Odias4323.asi				X			X		
7	Yomar Rubio.	1.127.917577.		X		31	Barichara	Pedro G	3172368172	DR667656@g				X			X		
8	Lady Jimenez	1101076479	X			28	Villanueva	auxiliar	3219075339	jimenezlady[illegible]@gmail.com				X			X		
9	Maria Jose Estevez G.	1101049659	X			27	ESE Barichara	Enfermera	3142761535	estevezmariajose466@Gmail.com				X			X		Maria Jose Estevez
10	Sara Maria Chaparro G.	37530608	X			50	ESE Barichara	Auxiliar Enfermeria	3113911835	Gómez@gmail.com saramariachaparro				X			X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Guanentina | Municipio: Barichara | Fecha: 12 de Noviembre del 2025 | Hora: 7:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

				INTERSECCIONALIDAD																
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Dersy Yohanna Romero Pico	1.095.700.774		X			35	ESE Hospital San Juan de Dios Barichara	Auxiliar Enfermera	3143269550	Johia.roma.0707@gmail.com				X			X		Dersy Yohanna Romero P.
2	Maria Paula Ferro Rojas	1.005.479.837		X			23	ESE Hospital integrada San Juan de Dios.	Enfermera PDS	3222090561	mariaferrorojas@unisangil.edu.co				X			X		Maria Paula Ferro
3	Kathalina Angarita	1005340072		X			25	ESE Hospital San Juan de Dios	Médico	3008591641	Angarita 1004@gmail.com				X			X		
4	Daniela Databank	1096514251		X			26	ESE Hospital San Juan de Dios	Enfermera EBS	3106789216	danieladatagonzl@gmail.com				X				X	
5	Zuly Caceres Niño.	1100969631.		X			29.	ESE hospital San Juan de Dios Barichara	Aux enfermeria	3123605166	zulyjcaceres@gmail.com.				X		X			
6	Johanna Calderon Londoño	1095700321		X			38	ese-hospital-barichara	Enfermera Jefe	3214528247.	johannamarcela calderonlondon@gmail.com.				X		X			
7																				
8																				
9																				
10																				

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara, colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alvaro Julian 220 garcia Edad 30

Dirección e información de contacto:

Barichara. Tel. 3166110452

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Julian fgza.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara, colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Fabio andres suarez Edad 31

Dirección e información de contacto:

Barichara Tel. 3107759132

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bariachara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Oscar Villamizar Edad 36

Dirección e información de contacto:

Bariachara Tel. 3167547504

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Oscar Villamizar.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Giovana Astrid Guevara Navas Edad 47.

Dirección e información de contacto:

Cra 2 18-57 Torre 10 apto 102 S.61 Tel. 3125260811

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/ 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angelica Vesga Sanabria Edad 31 años.

Dirección e información de contacto:

Vereda alto de martha Tel. 3246866485.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

890

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagon

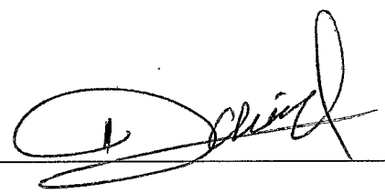
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Hayder David Avila Barrera Edad 20

Dirección e información de contacto:

San Gil - Calle 27A#5-77 Tel. 3102577654

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:
Nicolás Mauricio Trujillo García Edad 24

Dirección e información de contacto:
Calle 15 a # 7-30. Villanueva, Santander Tel. 3003212340

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagon

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nancy Liliana Gomez Ayala Edad 41

Dirección e información de contacto:

Cle 10 # 15 - 39 Tel. 3123338925

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Nancy Gomez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bariachara

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angela del Pilar Rojas Ayala Edad 32.

Dirección e información de contacto:

Villanueva Santander Tel. 3112974891

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 En (municipio, país): Barichara

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jandth Lucia Corellas Edad 42 años

Dirección e información de contacto:

Calle 15 8-04 La Gruta - Villanueva Tel. 3164524673

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma:

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adela Muñoz Silva Edad 49

Dirección e información de contacto:

Kra 76 # 26-17 Tel. 3166186059

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Carolina Lizarazo Bueno Edad 26

Dirección e información de contacto:

Calle 2 # 4-37 San Gil Tel. 3133510907

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Diana Lizarazo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 En (municipio, país): Barichara

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabet mayorga

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jaime Cancino Ram Edad 33

Dirección e información de contacto:

Dagoberto Tel. 3012657151

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daniela Andrea Salazar Garcia Edad 23

Dirección e información de contacto:

Calle 36 # 27-95 Tel. 3183941998

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

899

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bárcharla

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosa Angélica Gómez Fuentes Edad 30 años.

Dirección e información de contacto:

Vereda La Joyos San Gil. Tel. 3186504479.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rosa A. Gómez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

900

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Orlando Díaz Osma Edad 59

Dirección e información de contacto:

Barichara Tel. 3014042136

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jhonan David Rosas Lopez Edad 31.

Dirección e información de contacto:

Barichara - Barrio Molino. Tel. 3172368172

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jhonan Rosas

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____.

902

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jada Gabida Jimena Edad 27

Dirección e información de contacto:

Calle 15 #4-47 Tel. 3149753391

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María José Estévez Gomez Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Barrio Bella vista Tel. 3142761535

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: María José Estévez Gomez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sara María Chaparro Gómez Edad 50 años

Dirección e información de contacto:

cra 13 # 16- 60 villanueva Tel. 3143914835

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 En (municipio, país): Bariclava

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dusy yohanna Romero Pico Edad 35.

Dirección e información de contacto:

Cra 3 Sur Num 9-62, Sector San Luis. Tel. 3143269550

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dusy yohanna Romero Pico.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 en (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Maldonado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Paula Ferro Rojas. Edad 23

Dirección e información de contacto:

mariaferro120@unisangil.edu.co. Tel. 3222098661.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

907

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2024 En (municipio, país): Barichara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kathalina Angarita Edad 25

Dirección e información de contacto:

Barichara Tel. 3003591641

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bárichara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daniela Daza Edad 26

Dirección e información de contacto:

Barichara Tel. 3166789216

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: DANIELA DAZA G

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bariclara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

2014 Cáceres Edad 29

Dirección e información de contacto:

Bariclara Tel. 3123605166

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barichara, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Elizabeth Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Johana Calderon Edad 38

Dirección e información de contacto:

Barichara Tel. 3214628217

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: JOHANNA C.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentina

Municipio: Barichara

Fecha: 12 de Noviembre del 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		ESE Barichara
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Diana Carolina Lizarazo B.	ESE Barichara
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		ESE Barichara
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		ESE Barichara
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Rosa A. Gómez	ESE Barichara.
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		ESE. Barichara
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Norma David Rueda	ESE. Barichara.
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		ESE comfa Provincia de Vélez
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	María José Estévez Gómez	ESE Barichara.
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Sara María chaparro Gómez	ESE Barichara
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Geovana Astrid Guevara	Hospital Barichara

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Guanentina

Municipio: Barichara

Fecha: 12 de Noviembre del 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Angelica Vesga Sandoval	Hospital San Juan de Dios
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1	Dery yohanna Romero Pra.	ESE Hospital San Juan de Dios Barichara
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		ESE Centro de Salud Camilo Rueda.
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		E.S.E. Centro de Salud Camilo Rueda
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		ESE camilo Rueda.
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías. + USB	5		ESE CAMILO RUEDA VILLANUEVA.
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.	1		ESE Camilo Rueda Villanueva
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías. +USB	1	JOHANNA C.	ESE Barichara
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, carpetas, infografías.			

Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS	CODIGO	AP-AI-RG-132
		VERSION	8
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Los Santos | Fecha: 12-11-2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstetricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participación Ciudadana _____

Tema: PARE MM

				INTERSECCIONALIDAD																		
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Audrey R. Guiral D	37544.600		X			46	HLP	Aux Enf.	3186411472	audreyguiral@hot							X		
2	Sobeggie Ortiz	1016109380		X			26	HLP	Medico	3223797164	Sobeggieortiz@gmail.com							+		Sobeggie Ortiz
3	Marcela Garcia	63536598		X			42	HLP	Enfermera	3173549684	Marcel								X	Marcel
4	Laura Cristina Freile	37512758		X			48	HLP	Enfermera	3186253?0	Laura Cristina Freile Victoria								X	
5	Jackeline Ortiz	37540605		X				HLP	Auxiliar Enfermera	3187955302	Jackie_1028@ Hotmail.com							X		
6	Johan Esteban Hernandez Mendez	1005290528			X		24	HLP	Enfeimer	3017790302	Cpractala hlp.600.co							X		
7	Maria Reyes Garzon	1095824371		X			30	HLP	Enfermera	3178716398	mreyes1731@gmail.com							+		
8	Tatiana Silva	1143456999		X			29	HLP	Enfermera	3216624102	tatiana@hlp.600.co							Y		
9	Jauser Arciniegas	8743625			X		62	HLP	Medico	3183622902	jauniegastrujillo @gmail.com							Y		
10	Shirley K Gómez C.	1090404662			X		33	HLP	Medico	3044424714	Kathgc92@gmail.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Los Santos | Fecha: 12 - NOV - 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: PARE MM

			INTERSECCIONALIDAD																	
			GENERO			CICLO DE VIDA				DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Rosa Osorno Gomez-G	1102366925	X			39	Piedecuesta ESE-HLP	Prof. Universitario	3193174947	intervencionesg-tecnica@hlp.gov.co									Rosa Osorno
2	Blanca Yamile	63441571	X			58	Hospital Piedecuesta	Auxiliar Enfermeria	3164339350	bancal1248@gmail.com									Blanca
3	Nana Marcela Monny Moreno	1090449258	X			33	HLP Piedecuesta	Enfermeria	3002914092	mmonnymiips@gmail.com									Marcela M.
4	Paola Andrea Cortes Cotacuro	1098749188	X			32	HLP Piedecuesta	Enfermera	3188629660	Paolacortes1993@gmail.com									Paola C
5	Luis Amparo M	13740949		X		45	HLP Piedecuesta	Enfermero	3011548127	Cupper1990@hotmail.com									
6	Magdalena A	1102354823	X			38	HLP	Aux Enf.	3174441482	magolis07@hotmail.com									Magdalena A
7	Natalia Carolina Gamb.	1095840221	X			26	HLP	Enfermera	3102378918	nataliagamboa@gmail.com									Natalia
8	Luis Eduardo Pabon	1102354217		X		37	HLP	Enfermero	3138723428	pabonfo20@gmail.com									Luis Pabon
9	Yurany Gomez	63543691	X			39	HLP	Enfermera	3213813337	planificacion atencion@gmail									Yurany
10	Kely S. Garcia	1065898127	X			32	Piedecuesta HLP.	Auxiliadora Enfermeria	3008683773	Planificacion									Kely G.

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Los Santos | Fecha: 12 de Noviembre del 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar Capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstetricas

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: PARE MM

				INTERSECCIONALIDAD																				
				GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO					
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL		OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Angela María Grema gomez	1005307285		✓			24	los Santos ESE Nstra Sra de las Nieves	Enfermera Profesional. Coordinadora	3166135214	enfermeria@ese lasnieves losSantos-Santander.gov.co									X	Angela Grema	
2	Karen Yuliana Aceros Almeida	1005307117		✓			24	los santos ESE Nuestra Sra las Nieves	Aux Enfermeria	3222438824	acerosalmeida karen yuliana@gmail.com									X	Karen Aceros	
3	Silvana Vanesa Forero Jaimes	1098262260		✓			28	los santos ESE nuestra Sra de las Nieves	Aux enfermería	3143885202	silvanaforero Jaimes@gmail.com									X	Silvana forero	
4	Angi Ariza	1104713364		✓			48	Los Santos ESE Nuestra Señora Nieves	Medico Coordinador	3133949358	angiferl604@gmail.com									V	Angi Ariza	
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

916

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Arroya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Audrey Guiral Edad 46

Dirección e información de contacto:

Cenaprov Tel. 3186411472

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

917

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 25 En (municipio, país): Piedecuesta, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Solanggie Ortiz Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Piedecuesta Tel. 3223797964.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Solanggie Ortiz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Marcela García Santos Edad 42

Dirección e información de contacto:

cr 23 numero 33-29 Tel. 3173549684

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Marcela García Santos

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Cristina Fuentes Giraldo Edad 48 Años

Dirección e información de contacto:

Cra 4W # 17-51 Torre 16 Apt 863- Tel. 3183625370

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 En (municipio, país): Piedecuesta, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jackeline Ortiz martínez Edad _____

Dirección e información de contacto:

Calle 2 # 13-23 Barrio San Luis Tel. 3187955308

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jackeline Ortiz martinez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 25 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Johan Esteban Hernandez Mendez Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

TV 22 D # 53-22 San Antonio dd Campal. Tel. 3017790302.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

922

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Mercedes Reyes Camayo Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Cle 45 #8-11 Tel. 3178716398

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Maria Reyes Camayo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tatiana Andrea Silva Ovejuera Edad 29

Dirección e información de contacto:

Calle A #3E-73 Apto 502 Tel. 3016620402

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya A.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Javier E. Arciniegas T Edad 62.

Dirección e información de contacto:

Cr 27A # 15-01 Los Carbelos. Tel. 3183622902

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Colombia, Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Shirley K. Gómez Cárdenas Edad 33 años

Dirección e información de contacto:

Cll 157 # 154-215 Feria Floridablanca Tel. 3044474714

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosa Mayerly Osorio Gomez Edad 34 años

Dirección e información de contacto:

Hospital local de Piedecuesta Tel. 3143174947

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rosa Osorio. Gómez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

927

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

* Blanca Cecilia Alcubierre Ruiz Edad 58 años

Dirección e información de contacto:

Calle 573 # 1620 Sancristobal Tel. 316 753 9380

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Blanca Cecilia Alcubierre Ruiz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta / colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maña Marcela Monny Moreno Edad 33 años

Dirección e información de contacto:

Cra 2w # 16-02 Villa marcela 2 Tel. 3002914072

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Marcela Monny M.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 25 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paula Andrea Carreño Coronado Edad 32

Dirección e información de contacto:

Calle 37 # 6-17 Tel. 3188625668

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Paula Carreño C

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

930

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12/11/2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Angarita Mejia Edad 43.

Dirección e información de contacto:

Calle 1C # 6-30 Paseo Alcala Tel. 3011548127

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luis Angarita Mejia

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Magdalena Archila Arias Edad 39 años

Dirección e información de contacto: Torre 30-12-14

conjunto la vega san Roque Tel. 3174441482

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Magdalena Archila Arias

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Carolina Gamboa Edad 26

Dirección e información de contacto:

Calle 18 #26-44 Tel. 3103178913

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Natalias

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Eduardo Pabón Fonseca Edad 37 años

Dirección e información de contacto:

Manzana F casa 9 Barrio Buenos Aires P/a Tel. 3138723428

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Luis Eduardo Pabón Fonseca

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / NOV / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Anaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yurany Garcia P Edad 39 años

Dirección e información de contacto:

Calle 12 # 6-79 Tel. 3213013770

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yurany Garcia P

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kely Shohana García Ramírez Edad 32 años

Dirección e información de contacto:

calle 3 4-14 piso 3 Tel. 3008688873

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Kely G.R.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta – Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angela Maria Sierra gomez Edad 24.

Dirección e información de contacto:

Finca el Paraiso – los Santos Tel. 3166135219

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Angela Sierra

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): los santos, colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Yuliana Aceros Almeida Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Vereda el Coomito Finca el lago Tel. 3222438824

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Karen Yuliana Aceros Almeida

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): los santos Santander Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Silvana Vanesa Forero Jaimes Edad 28

Dirección e información de contacto:

Vereda el pozo - finca San expedito Tel. 3143885702

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Silvana Forero

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 11 / 2025 En (municipio, país): los Santos - Santander - colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angi ariza Jimenez Edad 48

Dirección e información de contacto:

barrio el tejar municipio los santos Tel. 3133969358

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana

Municipio: Los Santos

Fecha: 12 – 11 – 2025

Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. **USB** ✓	1	Rosa Osorno Gomez	ESE Hospital local de Pta.
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE Hospital local de Piedecuesta
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		Ese HLP
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE HLP
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE HLP
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE HLP
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE HLP
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE HLP
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1		ESE HLP
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE HLP
12-11-2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		ESE HLP.

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana
Municipio: Los Santos
Fecha: 12 de Noviembre del 2025
Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. **USB** ✓	1	Angela Srema	Nuestra Señora de las Nieves
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Karen Aceros	Nuestra Señora de las Nieves
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Silbana Fotero	nuestra señora de las nieves
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Angi Aiza Jimenez	Nuestra señora de las Nieves.
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Angela Srema	Nuestra Señora de las Nieves
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Angela Srema	Nuestra Señora de las Nieves
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Angela Srema	Nuestra Señora de las Nieves
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Angela Srema	Nuestra Señora de las Nieves
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Angela Srema	Nuestra Señora de las Nieves
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Angela Srema	Nuestra Señora de las Nieves
12/11/2025	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Angela Sierra	Nuestra Señora de las Nieves

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Piedecuesta | Fecha: 13 Nov - 25 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias obstétricas

Tema: PAPE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	INTERSECCIONALIDAD: GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL: OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	CONTEXTO URBANO	CONTEXTO RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Hernando Para R	91077079		X		40	Piedecuesta	Admni	3226466894	hernandopara@fcv							X		
2	Luis Carlos Picón M.	1005336111		X		25	Piedecuesta	Enfermero de programas	3228964419	luispicon6@fcv.org							X		
3	Carolane Johanna Duarte Triana	1005338353	X			25	Piedecuesta	Enfermera	3124068742	carolaneduarte@fcv.org							X		
4	Angie Katherine Diaz Pabon	1005539876	X			24	Piedecuesta	Enfermera	3046531079	angiediazpabon@fcv.org							X		
5	Ingrid Vera Castillo	1095918909	X			36	Piedecuesta	Aux Enfer	3178883104	~~Veraingrid944~~ INGRIDVERA@FCV.org.							X		
6	German Cantrera	1095837453		X		31	Piedecuesta	Aux Enf	3004634146	Germancantrera@fcv.org							X		
7	Yurani Lisbeth Vesga	1100970153	X			29	Piedecuesta	Aux Enfermera	3247940698	YuraniVesga26@Gmail							X		
8	Andrés David Garcia Muñoz	1098816231		X		26	Piedecuesta	Médico	3173684265	andagamu_20@hotmail.com							X		
9	Maria Fernanda Para	1098802939	X			27	Piedecuesta	Enfermera	3186610869	MariaParaPulido@fcv.org							X		
10	Leidy Tatiana Moreno J.	1098812409	X			26	Piedecuesta	Enfermera	3175609256	Leidymoreno1005@gmail.com							X		

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Piedecuesta | Fecha: 13 de Noviembre del 2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red Funcional para la atención de emergencias Obstétricas

Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD																	
				GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Mayury Gonzalez J	1095831978		x			28	Piedecuesta HIC	Aux Enfermera	3162816752	mayuygonzalez@fcv.org									Mayury G.
2	Laura Munar Angunto	1102 386 830		x			27	Piedecuesta HIC.	Aux. Enfermera	3177539650	lauramunotangarito@fcv.org.									
3	Wendy Ramirez Galvan	1007949962		x			24	Piedecuesta HIC	Aux. Enfermera	3126609563	wendyramirez@fcv.org									Wendy Galvan
4	Laura Melissa Anas	1098677606		x			36	Piedecuesta HIC.	Enfermera	3173103145	lauraanas@fcv.org									Laura Anas
5	Helenora Cisneros	1095303276		x			19	Piedecuesta HIC.	Aux. Enferm.	3160987744	Helenoramoniacisneros@fcv.org									Helenora.
6	Emmelly Cáceres	1002451958		x			25	Piedecuesta HIC	Interna	3106482126	emcaceres@unicatolicaeduco									Emmelly
7	Katherin Alejandra Gamboa	1016052228		x			29	Piedecuesta HIC	Interno	3222486818	Kagamboa@unicatolicaeduco									
8	Antonio Gomez S	13847487			x		69	HIC Piedecuesta	Director	3174403270	ajgomezs@hotmail									
9	Vanessa Gonzalez	1098805088		x				HIC Piedecuesta	Enfermera	3228082667	lelygonzalez@fcv.org.									Vanessa G
10																					

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia
Gobernación de Santander

REGISTRO DE ASISTENCIA POR CICLO VITAL CON ENFOQUE DE GENERO, INTERSECCIONAL, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO Y OTROS

CODIGO	AP-AI-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Piedecuesta | Fecha: 13-11-2025 | Hora: 7:00am

Objetivo: Desarrollar capacidades para la estrategia Red funcional para la atención de emergencias obstétricas | Tema: PARE MM

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

				INTERSECCIONALIDAD															
				GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Francisco Javier Contreras F.	1098620108		X			39	Piedecuesta. HIC-FCV	Anestesiólogo	3203230511	pach.06@hotmail.com				X			X		
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Convenciones: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (No se percibe masculino ni femenino), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de género diversa que integra (LGBTIQ: (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual,Intersexual..) Discapacidad: Fisica(F), Multiple (M), Visual (V), Auditiva (A), intelectual (I), Psicosocial(PS), Sordo-Ceguera(SC), Etnia: Indigena (I), RROM (Gitana)(R), Negra (N)-Afrodescendiente(A)-Raizal(R) y Palenquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

Tratamiento de Datos Personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el manejo y gestión del evento y no será transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Hernando Rojas Rueda Edad 40

Dirección e información de contacto:

Cra 22 No 27-29 Tel. 3204660824

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 25 En (municipio, país): Piedecuesta, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ldo. Carlos Alcón Magotocoro Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Calle 59 #7W-07 Tel. 3228964419

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

947

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 25 En (municipio, país): Piedecuesta | Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carlane Johana Duarte Triana Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Cra 21A #113-09 Provenza Tel. 3124068742

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: CarlaneDuarte

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta, Santander, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angie Katherine Díaz Pabón Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Calle 8 #7-11 apto 302 edificio El Caney Tel. 3046531079

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Angie Díaz

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

94974

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): PIEDECUESTA (SANTANDER).

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Arnedo

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

INGRID CRISTINA VERA CASTILLO. Edad 36 AÑOS.

Dirección e información de contacto:

CALLE 13 D # 13-25 PUERTO MADERO GIRÓN Tel. 3179033109.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: INGRID CRISTINA VERA CASTILLO

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

950

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta - Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Arneda

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

German Andres Contreras Peñaranda Edad 31 años

Dirección e información de contacto:

Cra 34 # 32-73 Tel. 3004634146

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: German Contreras-

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 25 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yurani Lisbeth Vesga Díaz Edad 29

Dirección e información de contacto:

Calle 105 # 52 Bis-80 Brisas del Palmar Tel. 3247940698

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yurani Vesga

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

952

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrés David Garzón Muñoz Edad 26

Dirección e información de contacto:

Calle 9H # 48-37 Tel. 3173684265

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 10 / 25 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Arenas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mara Fernanda Parra Pulido Edad 29 Años

Dirección e información de contacto:

Calle 6n 1w-65 Tel. 3186610557

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Mario Fernanda Parra Pulido

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

954

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamik Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Tatiana Morero Jáuregui Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Leidymorero1803@gmail.com Tel. 3175601256

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Leidy Morero J

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamik Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mayuri Gonzalez Jerez. Edad 28 años.

Dirección e información de contacto:

Cra. 4 # 6-16 Altos de Santa Ana Tel. 3162896952.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	.0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Tatiana Muñoz Angarita Edad 27 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 15B # 4W41 Tejaditos Tel. 3177539650.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

957

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Wendy Johanna Ramirez Galvan Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Cll 40 A # 16-96 Tel. 3126609863.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Wendy Galvan.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13/11/2025 En (municipio, país): Piedecuesta.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Melissa Anas Pimento Edad 36

Dirección e información de contacto:

Cra 10 # 3-29 Tel. 3173103145

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: LauraMelissaAnas.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

959

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / NOV / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

HelenoraMaria Cuenos Rojas Edad 19 años

Dirección e información de contacto:

Calle 2B #17-21 Giron - Santander Tel. 3160987744

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: HelenoraMaria Cuenos.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

960

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Emmelly Cáceres Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Bulevard del puente- Piedecuesta Tel. 3106982126

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Emmelly Y Cáceres

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

961

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kathelin Alejandra Gamboa Edad 29

Dirección e información de contacto:

calle 4 # 60 d -20 Tel. 3222486818

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

962

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

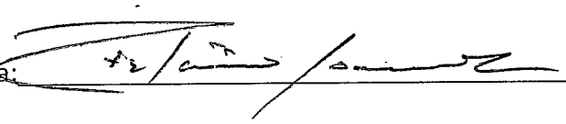
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Antonio Gomez S Edad 69

Dirección e información de contacto:

Cra 34 Nº 34-17 Tel. 3174403770

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: 

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Vanessa González Edad _____

Dirección e información de contacto:

B/qa. Tel. 3228002667

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Vanessa G

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

964

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 13 / 11 / 25 En (municipio, país): Piedecuesta.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yamile Amaya.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Franasto Quiteral. Edad 39.

Dirección e información de contacto:

pach06@hotmail.com. Tel. 3203230511

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

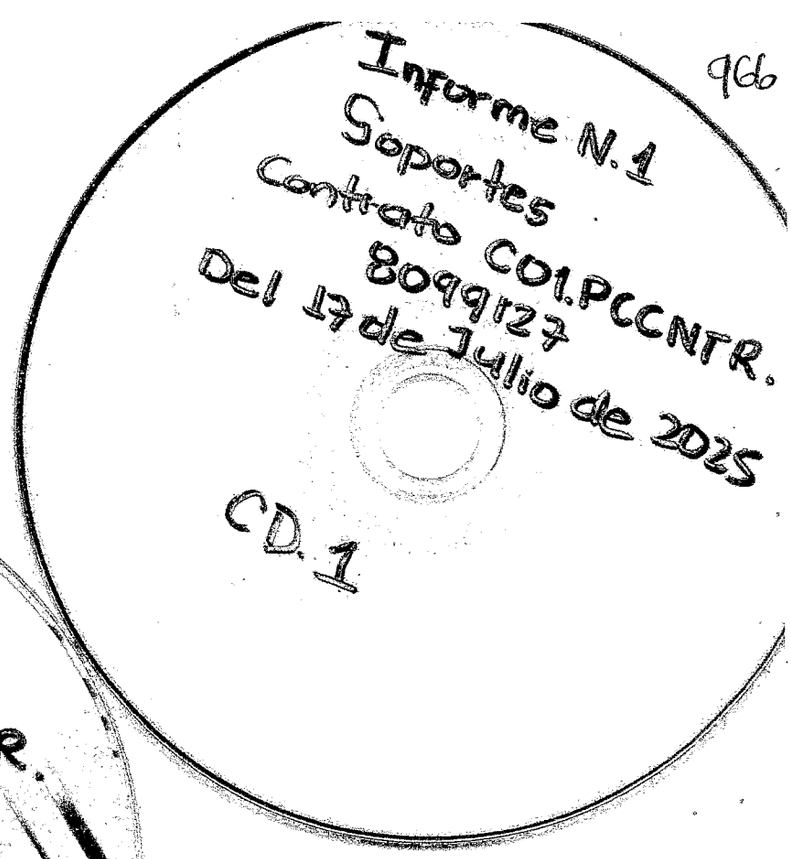
Fecha ____/____/_____-

SOPORTE DE ENTREGA DE MATERIALES

Provincia: Metropolitana
Municipio: Piedecuesta
Fecha: 13 Nov/25.
Hora: 7:00 am

Actividad 4: Realizar desarrollo de capacidades en emergencias obstétricas para fortalecer la estrategia Red Funcional para la Atención de Emergencia Obstétricas

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	CANTIDAD	FIRMA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE
13- 11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta. **USB**	1		HIC Chospital Internacional Colomb.
13-Nov-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Vanessa Gonzalez Ayala	HIC Piedecuesta
13-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Carolaine Duarte	HIC Piedecuesta
13-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1		HIC
13-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Angie Diaz	HIC Piedecuesta
13-Nov-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Leidy Moreno	HIC Piedecuesta.
13 Nov-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Helenora Cisneros	HIC Piedecuesta.
13-11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Lic. Carlos Pico Mogotocoro	HIC Piedecuesta
13- 11-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela., carpeta.	1	Laura Melissa Arias	HIC Piedecuesta.
13-Nov-25	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.	1	Laura Mena Angarita	HIC Piedecuesta
	Libreta, lapicero, bolsas, fotocopias, papelería, escarapela, carpeta.			


Informe N. 1
Soportes
Contrato CO1.PCCNTR.
8099127
Del 17 de Julio de 2025
CD. 1


Informe N. 1
Soportes
Contrato CO1.PCC NTR.
8099127
Del 17 de Julio 2025
CD 2

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER **Identificación:** NI-900006037 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2025-07-02 **Fecha limite de pago:** 2025-07-09 **Fecha de pago:** 2025-07-02 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Periodo pensión:** 2025-06 **Periodo salud:** 2025-07 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** E **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 33874727	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	3	$115.800	$115.800	$0	$3.930.900	$3.930.900	☐
230301	800224808	PORVENIR	7	$202.300	$202.300	$0	$10.264.500	$10.264.500	☐
230901	800253055	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	$43.300	$43.300	$0	$1.472.000	$1.472.000	☐
231001	800227940	COLFONDOS	2	$40.900	$40.900	$0	$2.238.600	$2.238.600	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	29	$885.900	$885.900	$0	$37.757.900	$37.757.900	☐
Subtotal Pensión		5	42	$1.288.200	$1.288.200	$0	$55.663.900	$55.663.900	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	3	$0	$0	$0	$2.573.800	$2.573.800	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	17	$0	$0	$0	$15.490.400	$15.490.400	☐
EPS010	800088702	EPS SURA	11	$0	$0	$0	$10.540.700	$10.540.700	☐
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$0	$0	$0	$820.700	$820.700	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	5	$0	$0	$0	$5.072.500	$5.072.500	☐
EPS042	900226715	Coop. de Salud y Desarrollo COOSALUD	1	$0	$0	$0	$1.046.800	$1.046.800	☐
EPS046	900914254	SALUD MIA EPS	2	$0	$0	$0	$1.911.300	$1.911.300	☐
MIN002	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	1	$0	$0	$0	$2.555.200	$2.555.200	☐
RES006	890201213	Universidad Industrial de Sant.	1	$0	$0	$0	$1.463.400	$1.463.400	☐
Subtotal Salud		9	42	$0	$0	$0	$41.474.800	$41.474.800	
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	42	$0	$0	$0	$7.963.700	$7.963.700	☐
Subtotal ARL		1	42	$0	$0	$0	$7.963.700	$7.963.700	
CCF40	890201578	Caja de Compensacion Familiar COMFENALCO SANTANDER	42	$0	$0	$0	$13.186.800	$13.186.800	☐
Subtotal CCF		1	42	$0	$0	$0	$13.186.800	$13.186.800	
PASENA	899999034	SENA	42	$0	$0	$0	$6.594.300	$6.594.300	☐

PAICBF	899999239	ICBF	42	$0	$0	$0	$9.890.700	$9.890.700	☐
GRAN TOTAL				$1.288.200	$1.288.200	$0	$134.774.200	$134.774.200	

Imprimir Descargar Resumen

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER **Identificación:** NI-900006037 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2025-08-04 **Fecha límite de pago:** 2025-08-12 **Fecha de pago:** 2025-08-04 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Período pensión:** 2025-07 **Período salud:** 2025-08 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** E **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 34236589	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	3	$115.800	$115.800	$0	$3.930.900	$3.930.900	☐
230301	800224808	PORVENIR	8	$202.300	$202.300	$0	$10.603.500	$10.603.500	☐
230901	800253055	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	$50.000	$50.000	$0	$1.698.500	$1.698.500	☐
231001	800227940	COLFONDOS	2	$30.300	$30.300	$0	$1.878.100	$1.878.100	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30	$902.100	$902.100	$0	$38.999.100	$38.999.100	☐
Subtotal Pensión		5	44	$1.300.500	$1.300.500	$0	$57.110.100	$57.110.100	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	3	$0	$0	$0	$2.573.800	$2.573.800	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	18	$0	$0	$0	$15.713.000	$15.713.000	☐
EPS010	800088702	EPS SURA	11	$0	$0	$0	$10.334.800	$10.334.800	☐
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$0	$0	$0	$820.700	$820.700	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	5	$0	$0	$0	$5.570.000	$5.570.000	☐
EPS042	900226715	Coop. de Salud y Desarrollo COOSALUD	1	$0	$0	$0	$1.046.800	$1.046.800	☐
EPS046	900914254	SALUD MIA EPS	2	$0	$0	$0	$1.911.300	$1.911.300	☐
MIN002	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	2	$0	$0	$0	$3.151.400	$3.151.400	☐
RES006	890201213	Universidad Industrial de Sant.	1	$0	$0	$0	$1.463.400	$1.463.400	☐
Subtotal Salud		9	44	$0	$0	$0	$42.585.200	$42.585.200	
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	44	$0	$0	$0	$8.261.400	$8.261.400	☐
Subtotal ARL		1	44	$0	$0	$0	$8.261.400	$8.261.400	

970

CCF40	890201578	Caja de Compensacion Familiar COMFENALCO SANTANDER	44	$0	$0	$0	$19.041.600	$19.041.600	☐
Subtotal CCF		1	44	$0	$0	$0	$19.041.600	$19.041.600	
PASENA	899999034	SENA	43	$0	$0	$0	$9.522.100	$9.522.100	☐
PAICBF	899999239	ICBF	43	$0	$0	$0	$14.281.600	$14.281.600	☐
GRAN TOTAL				$1.300.500	$1.300.500	$0	$150.802.000	$150.802.000	

Imprimir Descargar Resumen

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER **Identificación:** NI-900006037 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2025-09-01 **Fecha límite de pago:** 2025-09-09 **Fecha de pago:** 2025-09-01 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Período pensión:** 2025-08 **Período salud:** 2025-09 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** E **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 34486855	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	3	$115.800	$115.800	$0	$3.930.900	$3.930.900	☐
230301	800224808	PORVENIR	8	$202.300	$202.300	$0	$11.112.300	$11.112.300	☐
230901	800253055	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	$50.000	$50.000	$0	$1.698.500	$1.698.500	☐
231001	800227940	COLFONDOS	2	$30.300	$30.300	$0	$1.878.100	$1.878.100	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	29	$881.500	$881.500	$0	$36.466.500	$36.466.500	☐
Subtotal Pensión		5	43	$1.279.900	$1.279.900	$0	$55.086.300	$55.086.300	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	3	$0	$0	$0	$2.573.800	$2.573.800	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	18	$0	$0	$0	$16.055.900	$16.055.900	☐
EPS010	800088702	EPS SURA	11	$0	$0	$0	$10.334.800	$10.334.800	☐
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$0	$0	$0	$820.700	$820.700	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	4	$0	$0	$0	$3.609.100	$3.609.100	☐
EPS042	900226715	Coop. de Salud y Desarrollo COOSALUD	1	$0	$0	$0	$1.046.800	$1.046.800	☐
EPS046	900914254	SALUD MIA EPS	2	$0	$0	$0	$1.911.300	$1.911.300	☐
MIN002	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	2	$0	$0	$0	$3.217.700	$3.217.700	☐
RES006	890201213	Universidad Industrial de Sant.	1	$0	$0	$0	$1.463.400	$1.463.400	☐
Subtotal Salud		9	43	$0	$0	$0	$41.033.500	$41.033.500	
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	43	$0	$0	$0	$7.965.000	$7.965.000	☐
Subtotal ARL		1	43	$0	$0	$0	$7.965.000	$7.965.000	

972

CCF40	890201578	Caja de Compensacion Familiar COMFENALCO SANTANDER	43	$0	$0	$0	$13.078.000	$13.078.000	☐
Subtotal CCF		1	43	$0	$0	$0	$13.078.000	$13.078.000	
PASENA	899999034	SENA	42	$0	$0	$0	$6.539.800	$6.539.800	☐
PAICBF	899999239	ICBF	42	$0	$0	$0	$9.809.400	$9.809.400	☐
GRAN TOTAL				$1.279.900	$1.279.900	$0	$133.512.000	$133.512.000	

Imprimir Descargar Resumen

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER **Identificación:** NI-900006037 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2025-10-01 **Fecha límite de pago:** 2025-10-09 **Fecha de pago:** 2025-10-01 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Período pensión:** 2025-09 **Período salud:** 2025-10 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** E **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 34829803	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	3	$115.800	$115.800	$0	$3.930.900	$3.930.900	☐
230301	800224808	PORVENIR	8	$238.100	$238.100	$0	$11.480.600	$11.480.600	☐
230901	800253055	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	$50.000	$50.000	$0	$1.698.500	$1.698.500	☐
231001	800227940	COLFONDOS	2	$30.300	$30.300	$0	$1.878.100	$1.878.100	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	29	$824.700	$824.700	$0	$36.205.200	$36.205.200	☐
Subtotal Pensión		5	43	$1.258.900	$1.258.900	$0	$55.193.300	$55.193.300	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	3	$0	$0	$0	$2.573.800	$2.573.800	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	18	$0	$0	$0	$15.900.500	$15.900.500	☐
EPS010	800088702	EPS SURA	11	$0	$0	$0	$10.609.500	$10.609.500	☐
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$0	$0	$0	$820.700	$820.700	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	4	$0	$0	$0	$3.609.100	$3.609.100	☐
EPS042	900226715	Coop. de Salud y Desarrollo COOSALUD	1	$0	$0	$0	$1.046.800	$1.046.800	☐
EPS046	900914254	SALUD MIA EPS	2	$0	$0	$0	$1.911.300	$1.911.300	☐
MIN002	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	2	$0	$0	$0	$3.217.700	$3.217.700	☐
RES006	890201213	Universidad Industrial de Sant.	1	$0	$0	$0	$1.463.400	$1.463.400	☐
Subtotal Salud		9	43	$0	$0	$0	$41.152.800	$41.152.800	
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	43	$0	$0	$0	$7.966.500	$7.966.500	☐
Subtotal ARL		1	43	$0	$0	$0	$7.966.500	$7.966.500	

974

CCF40	890201578	Caja de Compensacion Familiar COMFENALCO SANTANDER-	43	$0	$0	$0	$13.384.200	$13.384.200	☐
Subtotal CCF		1	43	$0	$0	$0	$13.384.200	$13.384.200	
PASENA	899999034	SENA	42	$0	$0	$0	$6.692.900	$6.692.900	☐
PAICBF	899999239	ICBF	42	$0	$0	$0	$10.039.000	$10.039.000	☐
GRAN TOTAL				$1.258.900	$1.258.900	$0	$134.428.700	$134.428.700	

Imprimir Descargar Resumen

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER **Identificación:** NI-900006037 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2025-11-04 **Fecha límite de pago:** 2025-11-12 **Fecha de pago:** 2025-11-04 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Periodo pensión:** 2025-10 **Periodo salud:** 2025-11 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** E **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 35097010	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	3	$127.300	$127.300	$0	$4.321.500	$4.321.500	☐
230301	800224808	PORVENIR	8	$219.800	$219.800	$0	$11.706.700	$11.706.700	☐
230901	800253055	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	$50.000	$50.000	$0	$1.698.500	$1.698.500	☐
231001	800227940	COLFONDOS	2	$30.300	$30.300	$0	$1.878.100	$1.878.100	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	29	$850.700	$850.700	$0	$36.237.200	$36.237.200	☐
Subtotal Pensión		5	43	$1.278.100	$1.278.100	$0	$55.842.000	$55.842.000	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	3	$0	$0	$0	$3.010.900	$3.010.900	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	18	$0	$0	$0	$15.921.500	$15.921.500	☐
EPS010	800088702	EPS SURA	11	$0	$0	$0	$10.341.200	$10.341.200	☐
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$0	$0	$0	$1.107.900	$1.107.900	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	4	$0	$0	$0	$3.609.100	$3.609.100	☐
EPS042	900226715	Coop. de Salud y Desarrollo COOSALUD	1	$0	$0	$0	$1.046.800	$1.046.800	☐
EPS046	900914254	SALUD MIA EPS	2	$0	$0	$0	$1.911.300	$1.911.300	☐
MIN002	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	2	$0	$0	$0	$3.217.700	$3.217.700	☐
RES006	890201213	Universidad Industrial de Sant.	1	$0	$0	$0	$1.463.400	$1.463.400	☐
Subtotal Salud		9	43	$0	$0	$0	$41.629.800	$41.629.800	
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	43	$0	$0	$0	$8.034.500	$8.034.500	☐
Subtotal ARL		1	43	$0	$0	$0	$8.034.500	$8.034.500	

CCF40	890201578	Caja de Compensacion Familiar COMFENALCO SANTANDER	43	$0	$0	$0	$13.875.400	$13.875.400	☐
Subtotal CCF		1	43	$0	$0	$0	$13.875.400	$13.875.400	
PASENA	899999034	SENA	42	$0	$0	$0	$6.938.400	$6.938.400	☐
PAICBF	899999239	ICBF	42	$0	$0	$0	$10.407.300	$10.407.300	☐
GRAN TOTAL				$1.278.100	$1.278.100	$0	$136.727.400	$136.727.400	

Imprimir Descargar Resumen

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER **Identificación:** NI-900006037 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2025-12-02 **Fecha limite de pago:** 2025-12-10 **Fecha de pago:** 2025-12-02 **Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA **Período pensión:** 2025-11 **Período salud:** 2025-12 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** E **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 35484412	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	3	$115.800	$115.800	$0	$3.930.900	$3.930.900	☐
230301	800224808	PORVENIR	8	$203.700	$203.700	$0	$11.183.300	$11.183.300	☐
230901	800253055	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	$50.000	$50.000	$0	$1.698.500	$1.698.500	☐
231001	800227940	COLFONDOS	2	$30.300	$30.300	$0	$1.878.100	$1.878.100	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30	$849.900	$849.900	$0	$36.994.600	$36.994.600	☐
Subtotal Pensión		5	44	$1.249.700	$1.249.700	$0	$55.685.400	$55.685.400	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	3	$0	$0	$0	$2.838.300	$2.838.300	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	19	$0	$0	$0	$16.309.800	$16.309.800	☐
EPS010	800088702	EPS SURA	11	$0	$0	$0	$10.334.800	$10.334.800	☐
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	$0	$0	$0	$820.700	$820.700	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	4	$0	$0	$0	$3.609.100	$3.609.100	☐
EPS042	900226715	Coop. de Salud y Desarrollo COOSALUD	1	$0	$0	$0	$1.046.800	$1.046.800	☐
EPS046	900914254	SALUD MIA EPS	2	$0	$0	$0	$1.911.300	$1.911.300	☐
MIN002	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	2	$0	$0	$0	$3.217.700	$3.217.700	☐
RES006	890201213	Universidad Industrial de Sant.	1	$0	$0	$0	$1.463.400	$1.463.400	☐
Subtotal Salud		9	44	$0	$0	$0	$41.551.900	$41.551.900	
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	44	$0	$0	$0	$7.874.800	$7.874.800	☐
Subtotal ARL		1	44	$0	$0	$0	$7.874.800	$7.874.800	

CCF40	890201578	Caja de Compensacion Familiar COMFENALCO SANTANDER	44	$0	$0	$0	$14.889.100	$14.889.100	☐
Subtotal CCF		1	44	$0	$0	$0	$14.889.100	$14.889.100	
PASENA	899999034	SENA	43	$0	$0	$0	$7.445.600	$7.445.600	☐
PAICBF	899999239	ICBF	43	$0	$0	$0	$11.167.900	$11.167.900	☐
GRAN TOTAL				$1.249.700	$1.249.700	$0	$138.614.700	$138.614.700	

Imprimir Descargar Resumen

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

EDINSON ROJAS ZABALA
Contador Público
Especialista en Revisoría Fiscal y Auditoría Externa

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER - H.U.S.

IDENTIFICADO CON NIT. 900.006.037-4

CERTIFICA A LA SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER

QUE:

- La ESE Hospital Universitario de Santander canceló los aportes al sistema de: salud, pensiones y riesgos profesionales, a la caja de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), y a la fecha y durante los últimos seis (6) meses ha dado cumplimiento a la exigencia prevista en el Artículo No.50 de la Ley 789 de 2002.

- Las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, relacionadas con los afiliados y a sus ingresos base de cotización, fueron presentadas en los términos de vencimiento a los plazos previstos, por lo tanto, no se encuentra en mora por dicho concepto.

- Por consiguiente, de acuerdo con el párrafo anterior, y teniendo como base de verificación las planillas integrales de aportes de los meses junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2025, e información suministrada por la administración de la ESE HUS, se encuentra al día con el pago de salud, pensión, riesgos profesionales, caja de compensación, ICBF y SENA.

Se expide en Bucaramanga, a los dos (02) días del mes de diciembre de 2025.

EDINSON ROJAS ZABALA
Revisor Fiscal
T.P.No.106634-T

Carrera 6 # 7-06 apto 503 - Condominio Rayenary de la Florida- Floridablanca
Tel.3166947245
revisoriafiscal@hus.gov.co

980

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6 9 A 9 6 C 6 4 3 D 7 E 9 B F 4

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **EDINSON ROJAS ZABALA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 13746891 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 106634-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

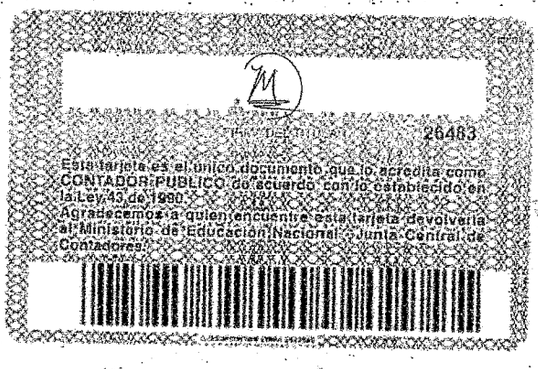
Dado en BOGOTA a los 9 días del mes de Diciembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
106634-T
EDINSON
ROJAS ZABALA
C.C. 13.4885
RESOLUCION INSCRIPCION 336 FECHA 2004/12/25
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
PRESIDENTE
MIGUEL ROJAS PEÑA
116283


26483
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la Ley 43 de 1990
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.

República de Colombia Gobernación de Santander	CARTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-110
		VERSIÓN	17
		FECHA DE APROBACIÓN	11/04/2024
		PÁGINA	1 de 1

Bucaramanga, 29 de Diciembre de 2025

Doctora:
NURY PAOLA QUINTERO QUINTERO
Directora de apoyo jurídico y procesos sancionatorios
Secretaría de Salud Departamental

Asunto: Entrega de documentos del contrato CO1.PCCNTR.8099127 del 17 de Julio de 2025, para su digitalización y archivo.

De manera respetuosa me permito hacer entrega de la documentación correspondiente al contrato CO1.PCCNTR.8099127 del 17 de Julio de 2025, contratista E.S.E Hospital universitario de Santander con NIT No. 900.006.037-4 cuyo objeto es: **" REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO: COMPROMISO POR LA GARANTIA DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN SANTANDER.",** para que sean anexados al expediente contractual.

Los documentos que acá se relacionan son:

- Factura
- Certificado tributario
- Informe de supervisión Nº1
- Acta de recibo parcial
- Informe de Actividades del Contratista Nº1
- Soportes y CD
- Certificado de Aportes al Sistema de Seguridad Social
- Carta

Cordialmente,

DRA. MAYTÉ GICELA GONZÁLEZ MÉNDEZ
Supervisora contrato CO1.PCCNTR.8099127 del 17 de Julio de 2025