HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

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

CUFE:0ed1b132a99dce14c1738275fcd82ec4023fe3554870be72b5dd4b3f99b322612093dceeeb4b485afc8d35370f9049cd

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA HUS458037

24 dic. 2025 12:45 p. m.

CLIENTE DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARIA DE SALUD **CODIGO EPS** 68000 **NIT** 890201235
Dirección Calle 37 10 30 **Teléfono** 6970000
Plan U250101 DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARIA DE SALUD convenio interadministrativo CO1.PCCNTR8248634 **Código IPS** 680010079201

Paciente 8902012356 GOBERNACION DE SANTANDER
Tipo Doc Cédula_Ciudadanía **Fecha Nac** 27/01/1991 **Tipo** Excepcion
Dirección CALLE 37 #10 - 36 **Edad** 34 Años / 10 Meses / 27 Día **Sexo** Masculino
Fec Ingreso 23 dic. 2025 10:45 a. m. **Teléfono** 6076910030 **Ingreso** 341169
Fec Egreso 23 dic. 2025 11:22 a. m. **Usuario** EVM

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
OTROS SERVICIOS					
2020H-11	CO1.PCCNTR 8248634 "REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER - PRIMER PAGO DEL 50%	1,00	$ 164.000.000,00	$ 0,00	$ 164.000.000,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 164.000.000,00
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	$ 164.000.000,00

TOTAL: CIENTO SESENTA Y CUATRO MILLONES DE 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.

Nombre reporte : FCRPFacturaEntidad
LICENCIADO A: [EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER E.S.E.] NIT [900006037-4]

Usuario Id. :EVM

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.8248634 del 29 de agosto 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 APLI|CAR	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.	$ 164.000.000

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 siete (07) días del mes de enero de 2026.

Firma del Contratista:
Nombre: **Dra. Alix Carolina Soler Parra**
Subgerente de Apoyo Diagnóstico
Encargada de las funciones de Gerente
E.S.E. Hospital Universitario de Santander
Resolución No. 28058 del 29 de diciembre de 2025 – Gobernación de Santander
Resolución No. 472 del 31 de diciembre de 2025 – E.S.E. HUS
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

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.8248634 del 29 de agosto 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 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER"		
VALOR INICIAL:				$ 328.000.000		
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 contrato tendrá un plazo de ejecución de CUATRO (04) MESES, contados a partir de 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:				LINDA SALAZAR GRIMALDOS, Acto Administrativo del 28 de Agosto de 2025		
FECHA DE INICIACION:				09 de septiembre 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:				31 de diciembre de 2025		
MUNICIPIO:				Bucaramanga		
OFICINA GESTORA:				Secretaria de Santander		

En Bucaramanga, a los siete (07) días del mes de enero de 2026, se reunieron, La DRA. Linda Salazar Grimaldos, en calidad de Supervisora 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 (09 de septiembre de 2025 al 05 de diciembre 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

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL No. 1	$ 164.000.000
MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	N/A
MENOS AMORTIZACION DE ANTICIPO XX%	N/A

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 A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA **$ 164.000.000**

SON: CIENTO SESENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE: ($ 164.000.000).

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los siete (07) días del mes enero de 2026 :

Dra. Alix Carolina Soler Parra
Subgerente de Apoyo Diagnóstico
Encargada de las funciones de Gerente
E.S.E. Hospital Universitario de Santander
Resolución No. 28058 del 29 de diciembre de 2025 – Gobernación de Santander
Resolución No. 472 del 31 de diciembre de 2025 – E.S.E. HUS
CONTRATISTA

Dra. Linda Salazar Grimaldos
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 15

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Nº1

TIPO DE CONTRATO:	Interadministrativo.
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.8248634 del 29 de Agosto 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 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL„ ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER"
VALOR INICIAL:	$ 328.000.000
VALOR ADICIONAL:	N/A
VALOR TOTAL:	$ 328.000.000
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 contrato tendrá un plazo de ejecución de CUATRO (04) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio sin que sobrepase la vigencia fiscal 2025.
PLAZO ADICIONAL:	N/A
PLAZO TOTAL:	El contrato tendrá un plazo de ejecución de CUATRO (04) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio sin que sobrepase la vigencia fiscal 2025.

SUPERVISOR:	LINDA SALAZAR GRIMALDOS
Acto Administrativo de Supervisión:	Acto Administrativo del 28 de Agosto de 2025
INTERVENTOR:	N/A
Acto Administrativo de Interventoría:	N/A
FECHA DE INICIACIÓN:	09 de septiembre de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	31 de diciembre de 2025

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	2 de 15

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:	$ 164.000.000	**No. de cobros realizados:**	**1**	**de**	**2**

Periodo de Pago:	**Desde:**	09 de Septiembre de 2025	**Hasta:**	5 de diciembre de 2025	

No. del RP:	25006773
Fuente del RP:	SGP- salud publica colectiva

VALOR DEL ACTA:	No.	1	$ 164.000.000

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	**$ 164.000.000**

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

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	3 de 15

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	**REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA** La actividad consiste en: • Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **PRODUCTO:** Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	• Se elaboro plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	**Producto:** Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.
	• Participar en las reuniones periódicas (mínimo 1 mensual) convocadas por supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato. **PRODUCTO:** a) acta de reunión, b) registro de asistencia.	• Se realizaron 3 reuniones: en el mes de septiembre, octubre y diciembre de 2025, convocadas por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.	**Producto:** a) acta de reunión, b) registro de asistencia.
	• Realizar una (1) actividad de desarrollo de capacidades de 24 horas, en consejería en lactancia materna, invitando a secretarios de salud y/o coordinadores del plan de salud territorial, talento humano de E.S.E. La actividad se realizará en Barrancabermeja, invitando actores del núcleo de desarrollo Provincial Yariguies. **PRODUCTOS:** a) plan de desarrollo de capacidades, b) informe de la actividad, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) presentaciones visuales, e) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, f) evidencia de entrega de documentos de consulta y certificados de asistencia a las personas que asistan a mínimo el 80% de la actividad.	• Se realizó una (1) actividad de desarrollo de capacidades de 24 horas, en consejería en lactancia materna, invitando a secretarios de salud y/o coordinadores del plan de salud territorial, talento humano de E.S.E. La actividad se realizó en Barrancabermeja, invitando actores del núcleo de desarrollo Provincial Yariguies.	**Productos**: a) plan de desarrollo de capacidades, b) informe de la actividad, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) presentaciones visuales, e) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel. f) evidencia de entrega de documentos de consulta.

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	4 de 15

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	• Realizar una (1) actividad de desarrollo de capacidades de 24 horas, en la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMII, invitando a secretarios de salud y/o coordinadores del plan de salud territorial, talento humano de E.S.E. La actividad realizará en Barrancabermeja, invitando actores del núcleo de desarrollo Provincial Yariguies. **PRODUCTOS:** a) plan de desarrollo de capacidades, b) informe de la actividad, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) presentaciones visuales, e) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, f) evidencia de entrega de documentos de consulta y certificados de asistencia a las personas que asistan a mínimo el 80% de la actividad.	• Se realizo una (1) actividad de desarrollo de capacidades de 24 horas, en la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMII, invitando a secretarios de salud y/o coordinadores del plan de salud territorial, talento humano de E.S.E. La actividad se realizó en Barrancabermeja, invitando actores del núcleo de desarrollo Provincial Yariguies.	**Productos**: a) plan de desarrollo de capacidades, b) informe de la actividad, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) presentaciones visuales, e) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, f) evidencia de entrega de documentos de consulta.
	• Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: Un (1) profesional nutricionista dietista que haya realizado curso de consejería en lactancia materna y Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMII. Con experiencia profesional en salud pública de mínimo 12 meses, Un (1) enfermero(a) profesional que haya realizado curso de consejería en lactancia materna y Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMII. Con experiencia profesional en salud pública de mínimo 12 meses. Un (1) técnico en diseño gráfico, Una (1) persona de apoyo logístico.	• Se conto con el siguiente talento humano: Un (1) profesional nutricionista dietista que haya realizado curso de consejería en lactancia materna y Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMII. Con experiencia profesional en salud pública de mínimo 12 meses, Un (1) enfermero(a) profesional que haya realizado curso de consejería en lactancia materna y Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMII. Con experiencia profesional en salud pública de mínimo 12 meses. Un (1) técnico en diseño gráfico, Una (1) persona de apoyo logístico.	Se anexa hojas de vida
	• Se debe contar con autorización de los asistentes, con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos)	• Se contó con la autorización de los asistentes con relación al uso de derechos de	**Producto:** autorización de uso de derechos de imagen sobre

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental. **PRODUCTO:** autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.
	• Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de las actividades, que contenga: objetivo, población objeto, asistencia proyectada alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. **PRODUCTO:** a) documento de Informe final.	• Se elaboro el informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de las actividades, que contiene: objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones.	**Producto: a)** documento de Informe final.
	• Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se deberá usar solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	• Se garantizó para las actividades la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se uso solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	
	• Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	• Las actividades se realizaron teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	
2.	**REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES TÉCNICAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE O A 59 MESES DE EDAD.**		

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	6 de 15

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	La actividad consiste en: • Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **PRODUCTO:** Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	• Se elaboro plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades	**Producto:** Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.
	• Participar en las reuniones periódicas (mínimo 1 mensual) convocadas por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato. **PRODUCTO:** a) acta de reunión, b) registro de asistencia.	• Se realizaron 2 reuniones en el mes de septiembre y octubre de 2025, convocadas por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.	**Producto:** a) acta de reunión, b) registro de asistencia.
	• Realizar seis (6) actividades de desarrollo de capacidades de 12 horas cada una, en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda, de acuerdo con el lineamiento nacional, dirigido a personal asistencial (médicos, nutricionistas y enfermeras) de las ESE. Las actividades se realizarán en municipios cabecera de Provincia Administrativa y de Planificación con mayor reporte de casos de desnutrición aguda al SIVIGILA. **PRODUCTOS:** a) Informe de actividades, b) evidencias de envío de correos electrónicos, c) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, d) evidencia de entrega de certificaciones de asistencia a las personas que asistan a más del 80% de las actividades, e) presentaciones visuales. f registros fotográficos, g) certificaciones de permanencia.	• Se Realizaron cuatro (4) actividades de desarrollo de capacidades de 12 horas cada una, en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda, de acuerdo con el lineamiento nacional, dirigido a personal asistencial (médicos, nutricionistas y enfermeras) de las ESE. Las actividades se realizaron en municipios en Barrancabermeja (1) y en Bucaramanga (3)	**Productos:** a) Informe de actividades de los 4 desarrollos de capacidades, b) evidencias de envío de correos electrónicos de los 6 desarrollos de capacidades c) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel de 4 desarrollos de capacidades e) presentaciones visuales. f) registros fotográficos de 4 desarrollos de capacidades, g) certificaciones de permanencia de 4 desarrollos de capacidades.
	• Realizar catorce (14) asistencias técnicas a ESE/IPS en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. **PRODUCTOS**: a) Informe de asistencias técnicas, b) evidencias de envío de correos electrónicos, c) Registro de	• Se realizaron nueve (09) asistencias técnicas a ESE/IPS en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa	**Productos:** a) Informe de nueve (09) asistencias técnicas b) evidencias de envío de correos

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	asistencia y digitalizado en formato Excel, d) Actas de asistencias técnicas, e) certificación de permanencia.	en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.	electrónicos de las catorce (14) asistencias técnicas c) Registro de asistencia y digitalizado en formato Excel de nueve (09) asistencias técnicas, d) Actas de asistencias técnicas de nueve (09) asistencias técnicas, e) certificación de permanencia de nueve (09) asistencias técnicas.
	• Realizar quince (15) jornadas de asistencia técnica y seguimiento en el manejo de los niños y niñas de 0 a 59 meses con desnutrición aguda. Las actividades se realizarán de manera virtual con ERA, ESEs e IPS, secretarias de Salud municipal (Según aplique). **PRODUCTOS:** a) Informe de asistencias técnicas, b) evidencias de envió de correos electrónicos, c) registro de asistencia en formato Excel, d) grabación de las reuniones.	• Se realizaron quince (15) jornadas de asistencia técnica y seguimiento en el manejo de los niños y niñas de 0 a 59 meses con desnutrición aguda. Las actividades se realizaron de manera virtual con ERA, ESEs e IPS, secretarias de Salud municipal.	**Productos:** a) Informe de asistencias técnicas, b) evidencias de envió de correos electrónicos, c) registro de asistencia en formato Excel, d) grabación de las reuniones.
	• Realizar una (1) actividad de desarrollo de capacidades de 4 horas con ERA, secretarías de salud municipal, para la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. **PRODUCTOS:** a) Informe de la actividad, b) evidencias de envío de correos electrónicos, c) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, d) presentaciones visuales, e) registros fotográficos, f) certificación de permanencia.	• Se realizo una (1) actividad de desarrollo de capacidades de 4 horas con ERA, secretarías de salud municipal, para la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.	**Productos:** a) Informe de la actividad, b) evidencias de envío de correos electrónicos, c) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, d) presentaciones visuales, e) registros fotográficos, f) certificación de permanencia.
	• Realizar tres (3) actividades de desarrollo de capacidades de 4 horas cada una en relactancia. Las actividades se realizarán en	• Se realizó una (01) actividad de desarrollo de capacidades de 4 horas	**Productos:** a) Informe de actividades de un

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	Barrancabermeja y Bucaramanga, invitando talento humano de las E.S.E. e IPS de los núcleos de desarrollo provincial Yariguies y área metropolitana respectivamente. **PRODUCTOS:** a) Informe de actividades, b) evidencias de envío de correos electrónicos, c) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, d) evidencia de entrega de certificaciones de asistencia a las personas que asistan a más del 80% de las actividades, e) presentaciones visuales. f)_registros fotográficos, g) certificaciones de permanencia.	en Barrancabermeja invitando talento humano de las E.S.E. e IPS de los núcleos de desarrollo provincial Yariguies.	(01) desarrollo de capacidades b) evidencias de envío de correos electrónicos de dos (02) desarrollos de capacidades c) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel de un (01) desarrollo de capacidades e) presentaciones visuales. f) registros fotográficos de un (01) desarrollo de capacidades g) certificaciones de permanencia de un (01) desarrollo de capacidades
	• Se debe contar con autorización de los asistentes, con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental. **PRODUCTO**: autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	• Se contó con autorización de los asistentes con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	**Producto:** autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.
	• Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de las actividades, que contenga: objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. **PRODUCTO:** a) documento de Informe final.	• Está actividad no se realizó en este periodo.	**Producto: a)** N/A para este periodo.
	• Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se deberá usar solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	• Se garantizó para las actividades la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se uso solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	

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	9 de 15

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	• Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por Ministerio de salud y de la Protección Social.	• Las actividades se realizaron teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	
	• Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: Un (1) profesional de medicina con experiencia en entidades nacionales o internacionales para el manejo de la desnutrición aguda o un profesional de medicina con especialización pediatría experto en el manejo de la desnutrición aguda, Un (1) profesional nutricionista dietista con experiencia en el manejo de la desnutrición aguda, Un (1) ingeniero de sistemas o profesional en el área de la informática, Una (1) persona de apoyo logístico.	• Se conto con el siguiente talento humano: Un (1) profesional de medicina con experiencia en entidades nacionales o internacionales para el manejo de la desnutrición aguda o un profesional de medicina con especialización pediatría experto en el manejo de la desnutrición aguda, Un (1) profesional nutricionista dietista con experiencia en el manejo de la desnutrición aguda, Un (1) ingeniero de sistemas o profesional en el área de la informática, Una (1) persona de apoyo logístico.	**Se anexan** hojas de vida
3.	**REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.** La actividad consiste en: • Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **PRODUCTO:** Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	• Se elaboró plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades	**Producto:** Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.
	• Participar en las reuniones periódicas (mínimo 1 mensual) convocadas por supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato. **PRODUCTO:** a) acta de reunión,	• Se realizaron 3 reuniones: en el mes de septiembre, octubre y diciembre de 2025, convocadas por el	**Producto:** a) acta de reunión, b) registro de asistencia.

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	b) registro de asistencia.	supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.	
	• Realizar apoyo técnico para la implementación de una estrategia de articulación de acciones en Seguridad Alimentaria y Nutricional y el derecho humano a alimentación, Esta actividad se realizará a través de la participación en 2 reuniones de la Unidad de apoyo técnico del Comité SAN. **PRODUCTOS:** a) Informe de actividades, b) actas de reuniones.	• Se realizo apoyo técnico para la implementación de una estrategia de articulación de acciones en Seguridad Alimentaria y Nutricional y el derecho humano a alimentación, Esta actividad se realizó a través de la participación en 2 reuniones de la Unidad de apoyo técnico del Comité SAN.	**Productos:** a) Informe de actividades, b) actas de reuniones.
	• Realizar apoyo técnico en mínimo 1 reunión del Comité Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional. **PRODUCTOS:** a) actas de reunión según el caso, b) registro fotográfico	• Se realizó apoyo técnico en 1 reunión del Comité Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	**Productos:** a) actas de reunión según el caso, b) registro fotográfico
	• Realizar tres (3) actividades de desarrollo de capacidades de 16 horas cada una, en elaboración del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional con enfoque de derechos. Estas actividades se realizarán en los municipios Vélez, Socorro y Barrancabermeja, invitando a talento humano de las administraciones municipales personal de apoyo técnico y líderes. **PRODUCTOS**: a) Documento del Plan de desarrollo de capacidades, b) informe de actividades, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, e) presentaciones visuales, f) evidencia de entrega de documentos de consulta y certificaciones a las personas que asistan a mínimo el 80% de la actividad, g) certificaciones de permanencia.	• Se realizaron tres (3) actividades de desarrollo de capacidades de 16 horas cada una, en elaboración del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional con enfoque de derechos. Estas actividades se realizaron en los municipios Vélez, Socorro y Barrancabermeja, invitando a talento humano de las administraciones municipales personal de apoyo técnico y líderes.	**Productos:** a) Documento del Plan de desarrollo de capacidades, b) informe de actividades, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, e) presentaciones visuales, g) certificaciones de permanencia.

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 15

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	• Realizar apoyo en la elaboración de un Plan unificado de acciones a favor de la nutrición. Se realizarán dos (2) reuniones de coordinación invitando a la secretaria de educación, secretaria de desarrollo social, e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. **PRODUCTO**: Plan Unificado de acciones a favor de la nutrición. formatos de asistencia y registro fotográfico.	• Se realizó apoyo en la elaboración de un Plan unificado de acciones a favor de la nutrición. Se realizaron dos (2) reuniones de coordinación invitando a la secretaria de educación, secretaria de desarrollo social, e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.	**Producto:** Plan Unificado de acciones a favor de la nutrición. formatos de asistencia y registro fotográfico.
	• Realizar apoyo logístico en una (1) reunión de 4 horas con un grupo focal de líderes y lideresas comunitarias, para implementar la Estrategia Escuelas de Ciudadanía. **PRODUCTO**: Apoyo logístico a una reunión, listados de asistencia y registro fotográfico.	• Se realizó apoyo logístico en una (1) reunión de 4 horas con un grupo focal de líderes y lideresas comunitarias, para implementar la Estrategia Escuelas de Ciudadanía.	**Producto:** Apoyo logístico a una reunión, listados de asistencia y registro fotográfico.
	• Se debe contar con autorización de los asistentes, con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental. **PRODUCTO**: autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	• Se contó con autorización de los asistentes con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	**Producto:** autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.
	• Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de las actividades que contenga objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. **PRODUCTO**: a) documento de Informe final.	• Se elaboró el informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de las actividades, que contenga: objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones.	**Producto: a)** documento de Informe final.
	• Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las	• Se garantizó para las actividades la logística e	

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	actividades). Se deberá usar solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se uso solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	
	• Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	• Las actividades se realizaron teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	
	• Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: Dos (2) profesionales con formación de post grado y que certifiquen experiencia en Seguridad Alimentaria y Nutricional, un (1) técnico en diseño gráfico, una (1) persona de apoyo logístico.	• Se conto con el siguiente talento humano: Dos (2) profesionales con formación de post grado y que certifiquen experiencia en Seguridad Alimentaria y Nutricional, un (1) técnico en diseño gráfico, una (1) persona de apoyo logístico.	**Se anexan** hojas de vida
4.	**REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES EN LA ESTRATEGIA DE DESPARASITACIÓN ANTIHELMÍNTICA** La actividad consiste en: • Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **PRODUCTO:** Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	• Se elaboro plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	**Producto:** Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.
	• Participar en una reunión convocada por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato. **PRODUCTO:** a) acta de reunión, b) registro de asistencia.	• Se realizaron 3 reuniones en el mes de septiembre, octubre y diciembre de 2025, convocadas por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.	**Producto:** a) acta de reunión, b) registro de asistencia.
	• Realizar una (1) actividad de desarrollo de capacidades de 16 horas en la estrategia de desparasitación antihelmíntica, educación en	• Se Realizo una (1) actividad de desarrollo de	**Productos:** a) plan

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	13 de 15

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	salud, campañas de prensa para promover las jornadas, efectos adversos, intoxicaciones. La actividad se realizará en el municipio de Bucaramanga, invitando talento humano de los municipios priorizados. **PRODUCTOS**: a) plan de desarrollo de capacidades, b) informe de la actividad, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) presentaciones visuales, e) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, f) evidencia de entrega de certificados de asistencia a las personas que asistan a mínimo el 80% de la actividad.	capacidades de 16 horas en la estrategia de desparasitación antihelmíntica, educación en salud, campañas de prensa para promover las jornadas, efectos adversos, intoxicaciones. La actividad se realizó en el municipio de Bucaramanga, invitando talento humano de los municipios priorizados.	de desarrollo de capacidades, b) informe de la actividad, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) presentaciones visuales, e) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel.
	• Se debe contar con autorización de los asistentes, con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental. **PRODUCTO:** autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	• Se contó con autorización de los asistentes con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	**Producto:** autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.
	• Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la actividad, que contenga: objetivo, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. **PRODÚCTO:** a) documento de Informe final.	• Se elaboro el informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de las actividades, que contenga: objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones.	**Producto: a)** documento de Informe final.
	• Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de la actividad). Se deberá usar solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	• Se garantizó para las actividades la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se uso solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	
	• Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	• Las actividades se realizaron teniendo en cuenta la normatividad	

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	14 de 15

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	• Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: Un (1) profesional en medicina, Un (1) profesional en bacteriología, Un (1) técnico en diseño gráfico, Una (1) Persona de apoyo logístico.	establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social. • Se conto con el siguiente talento humano: Un (1) profesional en medicina, Un (1) profesional en bacteriología, Un (1) técnico en diseño gráfico, Una (1) Persona de apoyo logístico.	**Se anexan** hojas de vida

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, si 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	SEPTIEMBRE 2025	OCTUBRE 2025
	Fecha de pago	09-09-2025	01-10-2025
	N° 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
	N° 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
	N° 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	DICIEMBRE 2025
	Fecha de pago	04-11-2025	02-12-2025
	N° de Planilla	35097010	35484412
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
	EPS	NOMINA	NOMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	OCTUBRE 2025	NOVIEMBRE 2025
	Fecha de pago	04-11-2025	02-12-2025
	Nº de Planilla	35097010	35484412
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	Fondo de Pensiones	NOMINA	NOMINA
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	OCTUBRE 2025	NOVIEMBRE 2025
	Fecha de pago	04-11-2025	02-12-2025
	Nº de Planilla	35097010	35484412
	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

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 07 días del mes de enero de 2026.

Firma del Contratista
Nombre: **Dra. Alix Carolina Soler Parra**
Subgerente de Apoyo Diagnóstico
Encargada de las funciones de Gerente
E.S.E. Hospital Universitario de Santander
Resolución No. 28058 del 29 de diciembre de 2025 – Gobernación de Santander
Resolución No. 472 del 31 de diciembre de 2025 – E.S.E. HUS
C.C. No. 60.369.233
Correo electrónico: gerente.hus@hus.gov.co
Teléfono de contacto: 6076910030

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: 29 de Octubre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de Capacidades de 24 horas en la estrategia IAMII | Tema: IAMII

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | 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	Kelly Yhoana Rincón Gomez	1005180706		✓			25	Puerto Wilches HRMM-ICBF	Gestor Comunitario	3188974179	Kelly Yhoana Gomez@gmail					✓				
2	Sandra Milena Pabon Mantilla	63473291		X			46	ESE RIBTA	Coord RPMS	3144093238	coordinacionrpms@esebarrancabermeja.gov.co							X		
3	Rocio del Carmen Diaz Sarmiento	63.301.604		X			59	SDS	Nutricionista	3174478886	rdcds@outlook.es							X		
4	Karen Jessica Palomino Bonza.	1.095.790.073		X			39	B/bermeja HRMM.	T. Social.	3133536976	Karenjessikapalomino@gmail.com							X		
5	Gloria Esmeralda Gonzalez Herrera	22.507.403		X			44	B/bermeja. HRMM.	Socióloga	3012208902	gloesgho@hotmail.com							X		
6	Formely Losada Ramirez	91280408			X		53	B/bermeja ESE.	odontologo	3124876396	odontologa@esebarrancabermeja.gov.co	X								
7	Jetzenia Almendrales Mejia.	1094247641.		X			36	Barranca-bermeja.	Nutricionista	3041417134	ojetzenia@gmail.							X		
8	Tania Marcela Gomez	1214747573		X			26	Barrancabermeja SDS	Psicologa	3178873913	marcelagomez1409@gmail.com							X		
9	Maria Alejandra Lopez Rueda.	1096202345		X			37	BJA. HRMM	Aux Enfermeria	3179092215	aleja.alianza@hotmail.com							X		
10	Mayda Torcella Hernandez	1005176826		X			24	Ese Barranca	Aux Enfe	3022925359	gestor.rmpnt.eses@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: Vargüies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 29 de Octubre del 2025 | Hora: 8:000am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en la estrategia IAMII | Tema: I-AMII

Tipo de Actividad:. Asistencia Tecnica X | Beneficiario _____ | Participacion Ciudadana _____

N°	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	Ledis Hernandez Alvarez	33253779	X			47	HRMM.	Auxiliar de enfer.	3202278 791	ledys hernandez 74@gmail.com							X		
2	Silvia Juliana Jaimes Rojas	63554732	X			41	Secretaria de Salud	Auxiliar de Salud	3182645366	silviajuliana-30@hotmail.com							X		
3	Jamith Martinez	37555546	✓			47	SDS	Profesional Universitario	3143443532	jazmith.martinez@barrancabermeja.gov							X		
4	Esperanza Rodriguez	23827503	X			49	Barrancabermeja Salud Publica	Enfermera	3208359239	reparchis74@hotmail.com				X	X		X		
5	Ismelda Fonseca Avila	63516693	X			49	BBJA Secretaria Salud	Enfermera Tecnico Area Salud	3072881 1248	ismelda74@gmail.com				X	X		X		
6	Roberth Rojas Mellado	88,268,983		✓		41	HRMM-ICBF	Psicopedagogo.	3203046805	robertrojasmellado@gmail.com.							X		
7	Luz Alba Bautista Gomez	63.354.256	X			55	Barrancabermeja Policlinica Ecopetrol	Enfermera Cirugia	3133627854	luz.bautista@ecopetrol.com.co				X			X		
8	Nancy Osmary	63458188	X				Bcabja Ecopetrol SA	AUX Enf	3045200 29	nancy.osma@ecopetrol.com.co				X			+		
9	Johanna Liceth Vargas Alfonso	37753105	X			46	barrancabeim. ECOPETROL	Enfermera	3168346007	Johanna.vargas@ecopetrol.com.co				X			X		
10	Karen Yelissa Perez Cortes	1096229523	X			31	B/bermeja HRMM-ICBF	Dinamizadora	3102898693	Karen.Peca1709@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.

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: Yariguíes | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 29 de Octubre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en la estrategia IAMII

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ | Tema: IAMII

			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 del Pilar Jimenez	52107074	X			52	ESE HRTH	Nefrologa Del. IAMII	301 6713247	claudiadelpilar.jimenez@gmail.com								X		
2	Evelyn Suárez G.	1096221159	X			33	HRMM	GESTOR COMUNITARIO	3123033591	evelincuadros@gmail.com								X		
3	LINA MARCELA RODALVE	1096883180	X			39	HRMM	AUX ENF	3115205796	egmail.com linglinamonsalve0523								X		
4	DairisTatianaBeltran	49668435	X			45	HRMM	Psicóloga	3008711864	daitabels@gmail.com								X		
5	Indira Marcela Zapa Plata	37.579.548	X			40	HRMM	Enfermera	3014669593	indimarcela.e.hotmail.com								X		
6	Addy palacio R	63496226	X			35	HRMM	Bacteriólo	3107721014	gestanteshrmm@gmail.com								X		
7	Geraldine Barros	1082963298	X			32	HRMM	Enfermera	3046642313	Geraldine.b.f@hotmail.com								X		
8	Kelly Johanna Mesa	1005241366	X			22	HRMM	Aux. Enf.	3228971652	kellymesa669@gmail.com								X		
9	Nancy Caballero	28061487	X			44	ESE HRMM	Enfermera	3004246717	saludepanchrmm2024@gmail.com								X		
10	Lina Mabel Suárez Escudero	1096212082	X			34	Ese HRMM	Enfermera	3016312152	linamse18@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 estableciido 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: Yanguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 29 de Octubre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en la estrategia IAMII

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: IAMII

			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	Hector Alfonso Cano Martinez	13851375		X		45	Barrancabermeja Policlinico	Enfermero	3102875291	hectorcanocapetol.com.co							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.

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

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 30 de octubre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en la estrategia IAMII

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ | Tema: IAMII

			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	Kelly Yhoana Rincon Gomez	1005180706	✓				Puerto Wilches.	Gestor Comunitario	3188974119	Kelly Yhoana Gomez @gmail.com					✓		✓		
2	Jazmith Martinez Cadiel	37555546	✓				Bcalga	Profesional Universitario Fonoaudiologa	3143443532	jazmith.martinez @barrancabermeja.gov.co							✓		
3	Tania Marcela Gómez Cadena	1214747573	✓				BCal/Bja SDS	Nutricionista	3178873413	marcelagomez1409 @gmail.com							✓		
4	Luz Alba Bautista Gómez	63354256	✓				Barrancab. Policlinico Ecopetrol	Enfermera	3133627854	luz.bautista@ ecopetrol.com.co				✓			✓		
5	Nancy Osmar Vargas	63458788X					Bcalbja Ecopetrol	Aux Enferm	3045720029	nancy.osma@ ecopetrol.com.co				X			X		
6	Johanna Liceth Vargas Alfonso	37753105	✓				Barranca Ecopetrol	Enfermera	3168346087	johanna.vargas@ ecopetrol.com.co				✓			✓		
7	Roberth Rojas Mellado	88268983		✓			HRMM ICBF.	Psicopedagogo.	3203046865	roberthrojasmellado @gmail.com							✓		
8	Gloria Esmeralda González Herrera	22507403	✓				HRMM ICBF.	Socióloga	22507403.	gloesgho@hotmail .com							✓		
9	Karen Jessica Palomino Bonza.	1095790073	✓				B/bermeja. HRMM	T. Social	3133536976	Karenjessika palomino@gmail.com							✓		
10	Ismelda Fonseca Ardila	63516693	✓				BBJA Secretaria Salud	Enfermero	3072871248	ismelda74 @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 sera transferida con ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

Gobernación de Sinaloa	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: Yangüies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 30 de Octubre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en la estrategia IAMII

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: IAMII

			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	Romey Lozada Ramirez	91282048		X		53	B/bermeja ese	coordinador	3124836896	odontologia@esebarrancab ermeja.gov.co	X						X		
2	Kelly Johanna Mesa A.	1005241366	X			22	B/bermeja Hospital R.	Aux. Enf	3228971652	Kellymesa6694@gmail.com				X			X		
3	Ledis Hernandez	33253779	X				HRM.	Auxiliar de enfermeria	3202227879	Ledyshernandez79@gmail.com				X			X		
4	Lina Mabel Suárez Escudero	1096212082	X				HRMM	Enfermera	3016312152	linamse18@gmail.com				X			X		Lina Suárez
5	Nancy Milena Caraballo DIGA	28061487	X				HRMM	Enfermera	3004246919	salodeparto hrmm2024@gmail.com				X			X		Nancy C.
6	LINA MALCELA MONSALVE MONSALVE	1096183180	X				HRMM	Aux Enf	3115205796	linalinamonsalve0523@gmail.com				X			X		Lina M.
7	Claudia del Pilar Jimenez Torres.	52107074	X				HRMM	Asesora Externa.	3016743244	claudiadelpilar.jimenez@gmail.com				X					Claudia P. Jimenez
8	Addy Merleyda Palacios Rojas.	63496226	X				ESE HRMM	Auditora PAMEC	310-7721014	merleyda@yahoo.es				X			X		Addy Palacios R.
9	Indira Marcela Zapa Plata	37-579548	X				HRMM	Enfermera	3014667593	Indimarce6@hotmail.com				X			X		
10	Koren Yelissa Perez Cañas	1096229523	X				B/bermeja HRMM	Dinamizadora	3102898693	Koren.Perez1709@gmail.com				X					Koren Perez

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: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 30 de Octubre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de Capacidades de 24 horas en la estrategia IAMII

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: IAMII

				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	Rocio Diaz S	63.301.604		X				B/bermejo	Nutricionista	3174478886	rocio.diaz@gmail.com							X		
2	Manuel Torreculla	1005116526		X				B/bermeja	ADMEFE	3022125384	gestor.rmont.esed@gmail.							X		
3	Geraldine Ramos.	1082963298		X				Barranca.	Enfermera	3046642313.	geraldine.b.f@hotmail.com.							X		
4	Esperanza Rodriguez	23829503		X				B/Bajo	Enfermera	3209319939	rosanaj14@hotmail.com							X		
5	Hector Alfonso Cano M	13851375			X			B/bermejo	Tapumero	3102875291	hector.cano@cooperhol.com.co							X		
6	Evelyn Suarez G.	1096221159		X				B/bermeja	Gestor Comunitario	3123033591	evelincuadros@gmail.com							X		
7	Silvia Juliana Valles Rojas	63554732.		X				B/bermeja.	Whaunsta	3152643360	silviajuliana30@hotmail.com.							X		
8	Sandra Milena Bautista	63483291		X				B/bermeja	Gerente	3144893258	SBautista							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.

Gobernación de Santander

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

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

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 31-10-2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en la estrategia IAMMII

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____ | Tema: IAMII

			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	Forney Lozada Ramirez	91282048		X			B/bermeja ESE	coord SOM	3124837395	odontologia@esebocbg	X								
2	Leidis Hernandez Alvarez	33253779	X				B Bermeja HRHH	Auxiliar de enfermeria	3202278791	leidyshernandez279@gmail.com						X	X		
3	Lina Mabel Suarez Escudero	1096212082	X				Bca/bja HEMM	Enfermera	3016312152	linamse18@gmail.com				X			X		Lina Suárez
4	Nancy Milena Caraballo Ojea	28061484	X				bca HEMM	Enfermera	3004246774	saludepublicahmm2024@gmail.com									
5	LINA MARCELA MONSALVE MONSALVE	1096183180	X				BA/BJA	AUX enf	3115205796	linalinamonsalve0523@6mail.com				X			X		LINA M.
6	EsperanzaRodriguez	23827503	X				B/Bermeja	Enfermera	3208359739	rapanchita@hotmail.com							X		
7	Hector A. Cano Martinez	13851375		X			B/Bermeja	Enfermero	3102875891	hector.cano@cooperal.com.co							X		
8	Silvia Juliana Jaimes Rojas.	63554732.	X				B/bermeja	Auxiliar	3152845360	silvia.juliana_30@hotmail.com.							X		
9	Indira Marcela Zapata	37.579.548	X				B/meja	Enfermera	3014667593	Indimarce6@gmail.com				X			X		
10	Geraldine Barrios	1082963298	X				B/Mga	Enfermera	3046642313	geraldine.b.f@hotmail.com.				X			V		

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 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: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 31 de Octubre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en la estrategia IAMII

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____

Tema: IAMII

			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	Kelly Mesa Afanador.	1005241366	X				Barranca.	Aux enf.	3228971652	Kellymesa669@gmail.com.						X	X		Kelly P.
2	Tania Marcela Gómez Cadena	1214747573	X				BCA/Bja SDS	Nutricionista	3178873043	marcelagomez1409@gmail.com							X		Tania Gómez
3	Johanna Liceth Vargas Alfonso	37753105	X				Barrancab Ecopetrol	Enfermera	3168346007	Johanna.vargas@ecopetrol.com.co						X	X		Johanna Vargas
4	Nancy Osma Vargas	63458788X					Bczbj Ecop.	Aux Enferm	3104572029	nancy.osma@ecopetrol.com.co						X	X		Nancy Osma
5	Luz Alba Bautista Gómez	63954256	X				Baranc. Policlinico Ecopetrol	Enfermera	3133627854	luz.bautista@ecopetrol.com.co						X	X		Luz Alba Bautista G.
6	Ismelda Fonseca Avila	63576693					BBJA secretaria salud	Enfermera	3012817248	ismelda74@gmail.com					X		X		Ismelda Fonseca
7	Karen Jessica Palomino Bonza.	1.095.790.073	X				B/bermeja HEMM	T. Social	3133536976	Karenjessikapalomino@gmail.com							X		
8	Roberth Rojas Mellado	88268983		X			B/bermeja HEMM	Psicopedagogo.	3203046805	robertharojasmellado@gmail.com.							X		Roberth RM.
9	Gloria Esmeralda Gonzalez Herrera	22.507.403	X				B/barmeja H.R.M.M.	Sociologa	3012208902	gloesgho@hotmail.com							X		Gloria Esmeralda
10	Kelly Jhoana Rincon Gomez	1005780706	✓				Puerto wilches	Gestor Comunitario	3188974114	KellyJhoanaGomez@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 informacion 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 Cundinamarca	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: Yangüies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 31 de Octubre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en la estrategia IAMII

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: IAMII

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	Evelyn Suárez G	1096221159	X				B/bermeja	Gestor Comunitario	3123033591	evelincuadros@gmail.com							X		
2	Dairis Tatiana Bethin	49668435	X				B/bermeja HRMM	Psicologa	3009311864	dairisbeth@gmail.com							X		
3	Jazmith Martinez	37555546	X				Bcalbja Secretaria Salud	Fonoaudiologa	3143443532	jazmith-martinez@barrancabermeja.gov.co							X		
4	Sandra Pena	63493891	X				B/bca ESE	Sicologa	3144882588	sandrapena@eshmagdalena							X		
5	Rocío Díaz S	63.301.604	X				B/bermeja SOS	Abogada	3174488886	rdcds@outlook.es							X		
6	Luis Tomas C	91242774		X			B/bermeja	Interventor Agente	3123263428	luchitarcsalud@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: 29/10/2025 En (municipio, país): PT Wilches

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanays Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kelly Jhoana Rincón Gomez Edad 25

Dirección e información de contacto:

Puerto wilches Tel. 3188974119

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

Firma: Kelly Jhoana Rincón 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: 29 / 10 / 25 En (municipio, país): Bajo

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanoys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

SANDRA MILENA PARADA MANCILLA Edad 46 AÑOS

Dirección e información de contacto:

C/16 15#18-54 Tel. 3147898238

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

Firma: Sbarad

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Kevin Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rocio Diaz Edad 19

Dirección e información de contacto:

Cra 36 Nº 35-19 Apto 405 Tel. 3174478886

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

Firma: Rocio del C Diaz 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: 29 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kangs Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Jessica Palomino Bonza. Edad 39 años.

Dirección e información de contacto:

Cll 37 B # 47A-05. Tel. 3133536976.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gloria Esmeralda Gonzalez Herrera Edad 48 años

Dirección e información de contacto:

Cra 18 #53-75 Tel. 3012208902

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

Firma: Gloria Esm.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 berrreja colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Forney Losada Ramirez Edad 53

Dirección e información de contacto:

Cll 56 N° 27-19 B. Quebrada 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: 29 / 10 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanay Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jetzeni Almendrales Mejia Edad 36.

Dirección e información de contacto:

Calle 44 # 28-22. Tel. 3041417154.

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

Firma: J. 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): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanlys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tania Marcela Gómez Cadena Edad 26

Dirección e información de contacto:

Calle 64 #38-03. Tel. 3178893943

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

Firma: Tania 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: 29 /oct/ 2025 En (municipio, país): Barranca bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Randy S Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Alejandra Lopez Rueda Edad 37

Dirección e información de contacto:

Clle 30#54A078.las Nieves Tel. 3187092219

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Bibaneja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanys alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mayoli Torreana Hernandez Edad 24

Dirección e información de contacto:

Transversal 60 #301 Granjas Tel. 3022925354

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

Firma: Mayoli Torreana 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: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barranca Bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yandy Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ledis Hernandez Alvarez Edad 47 años

Dirección e información de contacto:

Diagonal 64-45-120 Granjas Tel. 320 7278791

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

Firma: Ledis Hernandez 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: 29/10/2025. En (municipio, país): B. Ibarnega.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kenys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Silvia Juliana Jaimes Rojas. Edad 41 años.

Dirección e información de contacto:

Cra 16 #60-26. Tel. 3152645360

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Janneth Martinez Ceduel Edad 47

Dirección e información de contacto:

Cra 15 # 59-44 Tel. 3143443532

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): B C Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kandys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Esperanza Rodriguez Edad 49

Dirección e información de contacto:

cra 21 Nº 35 C 17 Tel. 3708379239

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

Firma: Esperanza.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): BIBIA

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanalys alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

ISMELDA FONSECA Edad 49

Dirección e información de contacto:

calle 48 73-34 Tel. 3072877248

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

Firma: Ismelda fonseca Ardila
63576693

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanays alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía/video y edad:

Roberth Rojas Hellado Edad 41

Dirección e información de contacto:

Calle 54A # 15B-11 B. pueblo Nuevo Tel. 3203046805

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

Firma: Roberth Rojas 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: 29 / X / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kandys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Alba Bautista Cobos Edad 55

Dirección e información de contacto:

Calle 46 # 28 - 15 Tel. 3133627854

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

Firma: Luz Alba Bautista 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: 29/10/25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanny alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nany Dorm Vargas Edad _____

Dirección e información de contacto:

C148 #31-55 Tel. 3045720025

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

Firma: Nany Dorm 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: Nany Dorm V

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Barrancabermeja Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kaoglys alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Johanna Liceth Vargas Alfonso Edad 45 años

Dirección e información de contacto:

carrera 15 c# 64-09 Tel. 3168346007.

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

Firma: JohannaVargasA.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Yelissa Perez Canas Edad 31

Dirección e información de contacto:

Transversal 56 a casa 39. B. El Prado Tel. 3102898693

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

Firma: Karen Perez Canas

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Yanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Claudia del Pilar Jimenez Toro Edad 52 años.

Dirección e información de contacto:

Bca Tel. 3016743247.

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

Firma: Claudia P. Jimenez 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: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Evelyn Suárez Galvis Edad 33 años

Dirección e información de contacto:

Cra 39 # 29A25 El Castillo Tel. 3123033591

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: 29 / 10 / 25 En (municipio, país): BGA/BGTA

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

LINA MARCELA ROSALES ROSALES Edad 39

Dirección e información de contacto:

cl 40 # 56-31 Tel. 3115209796

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

Firma: LINA 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: 29 / 10 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja Sider

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kamys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dairis Tatiana Beltrán Edad 45

Dirección e información de contacto:

Cra 50 29-21 - 3008711864 Tel. 3008711864

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

Firma: TatianaB

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanny's Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Indira Marcela Zapa Plata Edad 40

Dirección e información de contacto:

Calle 75 23-12 Bosques Libertad Tel. 3014667593

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Kanrys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Addy M. Palacios Rojas. Edad 35.

Dirección e información de contacto:

Diag 36 # 34-159 Tel. 310-7721014

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

Firma: Addy M Palacios 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: Addy M Palacios R.

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____ / ____ / ____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Bamancabermeja Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Geraldine Ramos Pinzon 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: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kelly Johanna Mesa Afanador Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Dig 58A #44-168 B. 20 de julio 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 _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): bleia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nancy Milena Caballo Edad 44 años

Dirección e información de contacto:

calle 6A N 19A52 b galan Tel. 3004246772

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

Firma: Nancy Caballo

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Barrancabermeja - S/der

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lina Mabel Suárez Escudero. Edad 34 años.

Dirección e información de contacto:

Carrera 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: 29 / 10 / 2023 En (municipio, país): Bmangabameja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Hector Alfonso Cano Martinez Edad 15

Dirección e información de contacto:

Cra 22 No 35 c 40 Tel. 3102875291

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Torres C Edad _____

Dirección e información de contacto:

Luis Torres @ Tel. 3123862927

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia
Gobernación del Huila

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: Yaguiés | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 19 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejería en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ | Tema: Lactancia Materna

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+)	DIFERENCIAL DISCAPACIDAD	DIFERENCIAL ETNIA	DIFERENCIAL NINGUNA DE LAS ANTERIORES	DIFERENCIAL VICTIMAS DEL CONFLICTO	DIFERENCIAL OTROS	CONTEXTO URBANO	CONTEXTO RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Ismelda Roniseca Andila	63576693	X			49	B/Bja	Enfermera	3012811248	ismelda1t@gmail.com						f	X		
2	Addy M. Palacios R	63496226	X			40	ESE HRMM.	Asesor PAMEC	310 772 1014	addyprojos@gmail.com.						x	X		
3	María José Soto Sandy	1064311403	X			36	KidsCare	Pediatra	300214 8707	mariajosesotopediatria@gmail.com									
4	Claudia Liliana Cabrera Suarez	63.462.560	X			49	Bbermeja	Aux. de Enfermeria	3025937763	claudiasuarezcabrera9@gmail.com							X		
5	Jazbeith Andrea Sampayo Escaño	1.096219.4991	X			32	ESE Barrancabermeja	Enfermera	3024240200	Jazbeith1991@hotmail.com							+		Andrea Sampayo
6	Karen Caicedo	1096235980	X			30	Bmeja	TS.	3502068162	Kcaicedo0130@gmail.com							X		Karen caicedo
7	Evelyn Suárez Galvis	1096221159	X			33	Bmeja	GESTOR COMUNITARIO	3123033591	evelincuadros@gmail.com							X		
8	Hillary Suarez G.	1005175618	X			26	Bca/bja	T.S	3224715177	suarezgalvishillary@gmail.com							X		
9	Diana Carvajal	1096229760	X			31	Bca/bjo	Inde	3193890430	Diana.carvajal@unipa							X		Diana Car
10	Ivon Lizcano	1096184181	X			21	Bca/Bja	estudiante	3114439152	ivonlizcano84@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: 19 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejeria en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Lactancia materna

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO			
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TF	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	Dairis Tatiana Beltrán	49668485	X			45	Bcaber meja. Santander	Psicóloga	3008711864	dairtabel@gmail.c							X		Tatiana B.
2	Rosirys Ladeutt Herrera	64920810	X			54	Bca - Bja. Santander	Enfermera	3132227359	rosy.lgdeutt@gmail							X		R. Ladeutt.
3	Rubiela Serrano G	63537552	X			44	Bca - Bja Santander	Enfermera	3167422338	rubiela4312 @ hotmail.com							X		Rubiela Serrano.
4	Leslie Otalora	1095827477	X			53	BCA BJA	ENF.	3214280537	lyly.otalora@gmail.com							X		
5	Johanna L. vargas	37753105	X			45	Bca Ecopetrol	Enfermera	3167340071	johanna.vargas@ecopetrol.com.co							X		
6	Diana Carolina Reyes	63532393	X			42	Barranca. ecopetrol	Enfermera	3246801929	diana.reyes@ecopetrol.com.co							X		Diana Reyes
7	Nancy Osma U	63458788	X				Bcabja Ecop.	Aux Enf	3045720029	nancy.osma@ecopetrol.com.co							X		Nancy Osma
8	Karen Jessica Palomino Borja.	1095790073	X			39	B/meja. HRMM.	T. Social.	3133536976	karenjessikapalomino@gmail.com							X		
9	Eliana Ornella Argüello Rueda	28.069.650	X			44	Barrancaberm. ALCALDÍA	Psicóloga	3173816838	eliam2380@gmail.com							X		Eliana O. Argüello R.
10	Lizneidy Arambula Perez	1096238417	X			29	Barrancaber-meja Santander	Aux Enfermera	3022281275	Perezlizneidy520@gma							X		Lizneidy A.P

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 Nariño

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 APROBACIÓN	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Nariño | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 19 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejería en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: Lactancia materna

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	Omaira Herrera N.	1096188127	X			38	ESEB B/bermeja	Enfermera	3023852843									X		
2	Diana Patricia Hincapié Perez	37939627.	X			56	ESE.	Auxiliar de Enfermeria	3134396218.	hincapie perezdiana patricia@gmail.com					X		X			
3	Mañam Fernanda Sanchez Romero	1095303899	X			19	Barrancabermeja UCES	Auxiliar de enfermeria	3044909363	Sanchezmanamgmail.com							X			
4	Melany Herazo	1042350535	X			35	Barrancabermeja Batallón	Enfermera	3157629287	herazomirlu@gmail.com							X			
5	Indira Zapa	37579548	X			41	Barranca	Enfermera	3014667593	Indimarce6@hotmail.com							X			
6	Geraldine Barrios	1082963298	X			32	Barranca	Enfermero	3011664213	Geraldine.B.F@hotmail.com							X			
7	Kelly Johanna Mesa A.	1005241366	X			22	Barrancabermeja	Aux. Enfermeria	3228971652	kellymesa669@gmail.com							X			
8	Esperanza Rodriguez	23827503	X			AA	Barrancabermeja	Enfermera.	3209359239	reponcw374@hotmail.com							X			
9	Rocio Diaz	63.301.604	X				SDS B/bermeja	Nutricionista	3174478886	rocio.diaz63@gmail.com					X		X			
10	Olga L. Suarez S.	37.576.827	X			42	APRODINAM	Apoyo psicosocial	3005227730	olgalusisa@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.

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: 19 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejería en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: Lactancia materna

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	Vibiana Ortiz Piña	1096234200	X			28	Barranca/b	Estudiante	3134127772	C.Vibiana.1996@gmail.com				X	X				Vibiana Ortiz P.
2	Gloria Amaya	51903534	X			57	Barbosa	en formación	3112538221	yoyiss_08@hotmail.com									
3	Ingrid Fonseca	63516693	X				Barbosa	Enfermera	3072877248	ismeli74@gmail.com				X	X				
4	Ivamma Isabel Gamba Ladeutt	1096250807	X			29	Bilmeja	Psicologa	3229404934887	ivammagambaladeutt@hotmail.com				X	X		X		
5	Rossys Ladeutt Hoyos	64930810	X				Bca. Bajo.	Enfermera	3102227359	rosyoladeutt@gmail.com			X				X		
6	Ahilith Yuliana Ramos	1005185568	X				Bca	Aux Enf.	3024377937	Ramos9250@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.

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: 20 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejería en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Lactancia materna

			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	Viana Palmera Hincapié Perez.	37939627..	↗				Barrancaberm.	Auxiliar de enfermeria.	3134396218	.					X				
2	Jazberth Andrea Sampayo Escaño	1.096.219.499	X				Barrancabermeja	Enfermera	3024240200					X					Jazberth Sampayo
3	Forney Losada Ramirez	91282048		X			Bcabja	odontologa	3124876390	odontologia@esebarbaja.com.co	X								
4	Johanna Lireth Vargas Alfonso	37753105	X				Barranca b.	Enfermera	3168346087	joham.vargas@ecopetrol.com.co				X					
5	Leslie Oñate Severino	327532 17	X				BCA BJA	ENF	321428 0537	leslie.oñate@ecopetrol.com.co				X					
6	Diana Carolina Reyes	63532393	X				Barranca	Enfermera	3246801929	diana.reyes@ecp.				X					Diana Reyes
7	Nancy Osma	63458788	X				Bcabja	Aux Enf	3045720	nancy.osma@ecopetrol.com.co				X					Nancy Osma
8	Ivan Lizcano	1096184181	X				BCA/bj	Estudiante AUX: enf.	311 493 9152	ivanlizcano84@gmail.com					X				
9	Gloria Arduan	51933534	X				Bfabja	extutriante	3112535221	yoyiss_08@hotmail.com									Gloria Arduan
10	C. Viviana Ortiz P.	1096839200	X				BCA/bj	Estudiante AUXiliar	3134127722	C.viviana.1096@gmail.com						X			Viviana Ortiz P.

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: Yariguíes | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 20 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejería en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Lactancia materna

			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	Karen Jessica Palomino Bonza.	1.095790.073	X				B/bermeja H.R.M.M.	T. Social.	3133536976	Karenjessikapalomino@gmail.com				+			X		
2	Evelyn Suárez G.	1096221150	X				Bibermeja H.R.M.M	GESTOR COMUNITARIO	3123033591	evelincuadros@gmail.com				X			X		
3	Ivamma Isabel Gamba Ladeutt	1096250807	X				Bimeja Santander	Psicologa	3229493487	ivammagambaladeutt@hotmail.com				X			X		
4	Rosnys del C Ladeutt Herazo	64920810	X				Bga. Bja. Santander	Enfermera	3132227359	rosy.ladeutt@gmail.com			*				X		
5	Teresa Salazar Serrano	63'332.607	X				Socorro Santander	Enfermera.	3162336188	Teresitatata986@gmail.com									
6	Esmelda Fonseca Ar	63576693	X				B/ga	Enfer	307287 7249	Esmeelda74@gmail.com							X		
7	Rocio Diaz S	63301 604	X				SDS B/bermeja	Mejoramiento	317 4478886.	rocio.diaz63@gmail.com				X			X		
8	Yuly Herazo	1042350135	X				Kids Care. Batallon HRMM.	Enfermera	3153629287	herazo@gmail.com							X		
9	Geraldine Barrios	1082963298	X				HRMM Barranca	Enfermera	3046672313	Geraldine.B.F@hotmail.com				X			X		
10	Olga L. Suárez S.	37.576.824	X				Bga/STO AFRODAN	Psicologa	3005227770	olgalususa@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: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 20 de - Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejería en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: lactancia materna

			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	Omaira Herrera	1096188127	x			38	B/bermeja	Enferma	3023852842	Omaira0887@hotmail.com								x	
2	Rubiela Serrano G	63537552	x			44	B/ca Bermeja	Enfermera	3167422338	rubiela4312@hotmail.com							x		
3	Dairis Tatiana Beltran	49668935	x				B/bermeja	Psicóloga	3006711864	dairisbel@gmail.com							x		
4	Kelly Johanna Mesa	1005241366	x			22	B/bermeja	Aux. Enfermería	3228971652	kellymesa669@gmail.com							x		
5	Hillary Suarez G	1005175618	x				Bca/bja	T.S	3224715177	suarezgaluis hillary4@gmail.com							x		
6	Indira Zapa	37579548	x			41	Bca	Enfermera	3014667593	indiramce6 de Hotmail.com							x		
7	[illegible]	28827503	x				Bca.	Enfermera	3208309739	[illegible]							x		
8	Ahirith Juliana Ramos	1005185568	X				Barrancal Bja	Aux. Enfermería	3024377937	Ramos9852@gmail.com							x		Ahirith Ramos
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 Risaralda

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: Yarigüies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 21 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejería en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____

Tema: Lactancia materna

			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	Omara Herrera	1096188177	X			38	ESE B/bermeja	Enfermera	3023852843	Omara078487@hotmail.com									
2	Diana Patricia Hincapié Perez	37939627	X				ESEB	Auxiliar de Enfermeria	3134396218	hincapieperezdianapatricia@gmail.com					X				
3	Forney Losada	91280018		X		50	ESEB	odontologo	3124876896	odontologia@esebarrancabermeja	X								
4	Teresa Salazar S	63'332.609	X			59	Sacoro	Enfermera	3162336188	teresitate1986@gmail.com				X					
5	Kelly Johanna Mesa	1005241366	X			22	HRMM	Aux Enfermeria	3228971652	kellymesa669@gmail.com				X			X		
6	Leslie Otalora S	32753217	X			53	Ecopetrol	Enf	3214280537	leslie.otalora@ecopetrol.com.co						X	X		
7	Johanna Liceth Vargas	37753105	X			45	Barrancabermeja Ecopetrol	Enfermera	3168340007	johanna.vargas@ecopetrol.com.co				X			X		
8	Dana Carolina Rey	63'532313	X				Barrancabermeja Ecopetrol	Enfermera	3246801929	ecopetrol.com.co Dana.reja@				✓					
9	Nana Osma	1063417288	X				Barrancabermeja Ecopetrol	Aux Enf	3045720029	nana.osma@ecopetrol.com.co				X					
10	Maria Jose Soto	1064311463	P				Kids Care	Pediatra	3002487707	manidsp@hotm									

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: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 21 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejería en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Lactancia materna

			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	Vibana Ortiz Pinza	1096239700	X				B/bermeja Santander	Estudiante auxiliar	3134127722	C.vibiana.1096@gmail					X				Vibana Ortiz P.
2	Gloria Amaluis	51933534	X				Bca Bja	en Formación	3112538221	yoyiss_0@hotmail.com									
3	Ivon Linano H	1096184181	X				B/bermeja	Estudiante AUX. ENF.	311443 9152	Ivonlinano84 @gmail.com					X		X		
4	Karen J. Palomino	1.095.790.073	X				B/bermeja HRMM.	T. Social	3133536976	karenjessikapalomino@gmail.com							X		
5	Ivamma Isabel Gamba Ladeutt	1096250807	X				B/bermeja Santander	Psicologa	3229493487	ivammagamba ladeutt@hotmail.com				X			X		
6	Rosy Ladeutt Henao	6492080	X				Bca. Bja.	Enfermera	3132227359	rosyladeutt@gmail.			X				X		
7	Ahilith Juliana Ramos	1005185568	X				Barrancabja	Auxiliar de Enfermeria	3024377937	ramos4250@gmail.com				X			X		Ahilith Ramos
8	Indira Zapa	37579548	X				Bca.	Enfermera	3014667593	Indimarce6@hotmail.com				X			X		
9	Geraldine Jolieth Barrios Fragozo	1082963298	X				Barranca	Enfermera	3046642313	geraldine.B.F@hotmail.com				X			X		
10	Astrid del castillo	1063594891					Barranca	Enfermera	3146513714					X					Astrid

Convenciones: ENFOQUE DE GÉNERO: 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: 21 de noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 24 horas en consejería en lactancia materna

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Lactancia materna

			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	Mirlay Heraz D.	1042350535	X				Barranca. Batallon Kidscare.	Enfermera Jefe	3157629287	heraz@gmail.com							X		
2	Mariam Fernanda Sanclet Romero	1095303899	X				Barrancabermeja UCES	Auxiliar enfermeria	3044909363	homeromiam699@gmail.							X		
3	Rubiela Serrano G	63537552	X				Bca Bermeja	Enfermera Jefe.	3167422338	rubiela4312 @hotmail.com							X		
4	Ismelda Gonzalez	63576693	X				Bbla	Enfermera	3077287 7249	"ismelda74 @gmail.com							X		
5	Jazbertin Andrea Sampayo Escaño	1.096219.499	X				B/bermeja	Enfermero Jefe	30242402	Jazbertin1992@hotmail.com							X		
6	Olga Lucía Suárez Salazar	37.576.827	X				BCA/oja	Psicologa	3005227770	olgalususa@ hotmail.com							X		
7	Dairis Tatiana Beltrán	49668435	X				B/bermeja	Psicóloga	3008716864	dairtabe8@ gmail.com							X		Tatiana 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: 19/11/2025 En (municipio, país): Bibo

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ismelda Fonseca Avila Edad 49

Dirección e información de contacto:

Cll 48 73-34 Tel. 3072877248

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

Firma: Ismelda Fonseca Avila

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kamys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Addy M. Palacios Rojas. Edad 40

Dirección e información de contacto:

ESE HRMM. Tel. 310-7721014

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

Firma: Addy M Palacios 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: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria José Soto Davila Edad 36 años

Dirección e información de contacto:

Cl 48 # 22-43 Tel. 3002149707

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

Firma: M Soto

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Claudia Liliana Cabrera Suarez. Edad 49 años

Dirección e información de contacto:

Cra. 32 N 29-61 B. Concentrario Tel. 3025937763

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

Firma: Claudia Lis.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jazbeidh Andrea Sampayo Escaño Edad 32

Dirección e información de contacto:

Condominio caoba los Granjos Tel. 3024240200

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

Firma: Jazbeidh Sampayo

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja.-

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Andrea Caicedo Andrade Edad 30.

Dirección e información de contacto:

Cra 31 #75c 96 Los Cleapar. Tel. 3502068162

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

Firma: Karen Andrea 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: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bibermega, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Evelyn Suárez Galvis Edad 33

Dirección e información de contacto:

Cra 39 #29A25 El Cerro Tel. 3123033591

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

Firma: Evelyn

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Hillary Suárez Galvis Edad 26

Dirección e información de contacto:

Cra 39 # 29 A 25 El cerro Tel. 3224715177

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

Firma: Hillary

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Carvajal Edad 37

Dirección e información de contacto:

Cra 78 # 45-71 Buenos Ai: Tel. 3193809430

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

Firma: Diana 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: 19/11/2025 En (municipio, país): Barrancabermeja/Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanmys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ivon esteban Lizcano Hernandez Edad 21 Años

Dirección e información de contacto:

B/ Diamante lote 119 Tel. 3114139152

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19/11/25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dairis Tatiana Beltrán Edad 45

Dirección e información de contacto:

Cra 50 29-21 Tel. 3008711864

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

Firma: TatianaB.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosinys del Socorro Lucena Herazo Edad 54

Dirección e información de contacto:

Calle 56 A N° 34 E 26 Tel. 313-222-7359

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

Firma: Rosinys del S Lucena H
64920810

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rubiela Serrano G Edad 44 años

Dirección e información de contacto:

Calle 58 #23-53. Tel. 3167422338.

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

Firma: Rubiela Serrano 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: 18 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leslie Otálora Severino Edad 53

Dirección e información de contacto:

Cra 25 Nº 47-73 Tel. 3214280537

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanny Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:
Johanna Liceth Vargas Alfonso Edad 45 años.

Dirección e información de contacto:
carrera 18 c# 64-09 Tel. 3168346007.

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

Firma: JohannaVargasA.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): fotografo Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Carolina Reyes Ospina Edad 42

Dirección e información de contacto:

Cra 27 Nº 56-15 casa2 Galan Tel. 3216801929

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

Firma: Diana Reyes

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 25 En (municipio, país): Barbja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nancy Osmo Edad

Dirección e información de contacto:

Cl 48 #31-55 Tel. 3045726679

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

Firma: Nancy Osmo.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Jessica Palomino Bonza. Edad 39 años.

Dirección e información de contacto:

Cll 37 B # 47A-05 El paraiso. Tel. 3133536976.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Eliana Omaira Argüello Rueda Edad 44 años

Dirección e información de contacto:

Cra 36D #59-56 Barrio Alcazar Tel. 3173816838

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

Firma: Eliana O. Argüello 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: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lirneidy Arámbula Pérez Edad 29

Dirección e información de contacto:

06 60 #48-25 Boston Tel. 3022281275

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

Firma: Lirneidy Arámbula 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: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): B/bermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Omaira Herrera Nieto, Kenny Alvarado.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Omaira Herrera Nieto. Edad 38

Dirección e información de contacto:

vereda campo 14. Tel. 3023852843

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

Firma: Omaira Herrera 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: 19 / 11 /2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Iraima Palmera Hincapié Perez Edad 56

Dirección e información de contacto:

Diag 27A Nº 34C 22 Prados del Oriente Tel. 3134396219

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mariam Fernanda Sanchez Romero Edad 19

Dirección e información de contacto:

Sanchezmariam699@gmail.com Tel. 3044909363

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

Firma: Mariam F. Sanchez 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: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanmys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mirlay Herazo Dean Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

Calle 33D # 27-63 Tel. 3157629287

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19/11/25 En (municipio, país): Bumanga bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Indira Zapa Edad 41

Dirección e información de contacto:

Cra 47 # 27-36. Tel. 3014667593.

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

Firma: Indira Zapa.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19/11/25 En (municipio, país): Barranca bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Geraldine Barrios fragoza Edad 32.

Dirección e información de contacto:

Cra 27 # 97-56 Apto 201 Tel. 3046642313.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kelly Johanna Mesa Afanador Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Drg 58A #44 - 164 . B.20 de Jdto 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 ___ / ___ / ___

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 1 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanny's Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Esperanza Rodriguez Edad 44

Dirección e información de contacto:

Cra 22 N° 35 C. 40 Tel. 3208359230

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

Firma: Esperanza 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: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Rocio Diaz S, Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rocio Diaz S. Edad _____

Dirección e información de contacto:

Cra 36 N° 35-19 Apto 705 Tel. 317 4478886

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

Firma: Rocio del C Diaz 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: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bolivar Cabrera

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanrys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Olga Lucía Suárez Salazar Edad 42 años.

Dirección e información de contacto:

Cra 54 39-74 Alto del Campestre Tel. 3005 227770.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19/11/25 En (municipio, país): Santander, Bga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Viviana Ortiz Piña Kanny's Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Viviana Ortiz Piña Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

3134127722 Tel. 3134127722

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

Firma: Viviana Ortiz Piña

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Doña Isaac Arevalo Pabloa Edad 57

Dirección e información de contacto:

Pabloarima Tel. 3112538221

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Colombia / Barrancabermeja / Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ivamma Isabel Gamba Ladputt Edad 27

Dirección e información de contacto:

Calle 56A #34E-26 Tel. 3229493487

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

Firma: Ivamma Isabel Gamba 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: 19 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ahilith Yuliana Ramos Edad _____

Dirección e información de contacto:

Bca Tel. 3024377437

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

Firma: Ahilith Ramos.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja . Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Teresa Salazar S. Edad 59 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 7a # 9-05 Tel. 3162336198

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

Firma: Teresa Salazar Serrano

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Boca/Boyaca

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Forney Losada Ramirez Edad 52

Dirección e información de contacto:

Cra 27 #23-21 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: 21 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Astrid del Castillo Edad _____

Dirección e información de contacto:

Bca Tel. 3146513724

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

Firma: Astrid

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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: Yariguíes | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 25 de Noviembre del 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12horas en el manejo de los niños y niñas con desnutricion aguda, de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Técnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350 -2020

			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 MARIA Rivera Herrera	37749562	X			45	Barbosa	Enfermera	3004635240	dimarihe12@hotmail.com						X			
2	Mariam Fernanda Sanchez Romero	1095303899	X			19	Barrancabermeja UCES	Auxiliar enfermeria	3044909363	womenomariam699@gmail.com						X	X		
3	Hillary Suarez Galvis	1005175618	X			26	Bcalbja	T.S	3224775177	suarezgalvis hillary@gmail.com							X		
4	Evelyn Suárez Galvis	1096221159	X			33	Bca H.R.M.M	GESTOR COMUNITARIA	3123033591	evelincuadros@gmail.com						X	X		
5	Jhudit Ochoa González	1095939980	X			30	CSJ	Enfermera Servicios	3022984980	Servicios@ClinicaSanjose360.com.co						X	X		
6	Adriana Marcela Diaz	1005241274	X			24	B/ca ESE/campin	Enfermera Profesional	3023967673	Adrianamdiaz95@gmail.com.					X		X		
7	Loraine Sofia Amilcta Atencia	1004364151	X			22	B/mesa ESE cardales	Enfermera	3118501916	Loraine04amilcta@gmail.com					X		X		
8	Indira Garcia Agudelo	1096183575	X			39	B/bermeja Reinplucia policlinica	Nutricionista	3013144551	Indiragarcia@ecopetrol.com.co							X		
9	Indira Lanoza Hurtado	1143167531	X			26	B/barmeja Forpresalud	Nutricionista	3005749278	Indiralanoza@gmail.com							X		
10	Natalia Michell Cortina H	1010152828	X			24	Bcabja Forpresalud	Enfermera	3017603288	enfermera2.barranca@forpresalud.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: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 25 de Noviembre del 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda, de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Angie Nathaly Abril Ferrer	1'044.276.738	X			29	Barrancabermeja Gestionar Bienestar	Nutricionista	3203598715	nathalyabrilf@gmail.com								X		Nathaly Abril F.
2	Rocio Diaz S	63.301604	X				B/bermeja SDS	Nutricionista	3174478886	rocio.diaz63@gmail					X			X		Rocio Diaz S.
3	Maria de Pilar Trujillo Gallego	37 556683	X				B/bermeja Fomisonar	Enfermera Auditora	3125642761	mtrujillo@fomisonar.com.co					X			X		P.Bor Trujillo
4	Diana Patricia Hincapie Perez	37939627	X			56	B/barraja ESEP	Auxiliar de Enfermeria	3134396218	hincapieperezdianapatricia@gmail.com						X				Diana Patricia Hincapie Perez
5	Patricia Farias Jimenez	41682552	X			71	SDS HUS	Consultora	315782 5043	docencigas imi@Sanos.es					X			X		Patricia Farias
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

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: 26 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda, de acuerdo a los lineamientos nacionales

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Mariam Fernanda Sanchez Romero	1095303899	X				Barrancabermeja UCES	Auxiliar Enfermería	3044909363	romeromariam69@gmail.com							X		
2	Loraine Amieta Afencia	1004364151	X				B/meja ESEB Cordoba	Enfermera	3117501416	loraineOfamieta@gmail.com					X		X		
3	Adriana Marcela Diaz Gonzalez	1005241274	X				B/meja ESEB/campin	Enfermera Profesional	3023967673	Adrianadiaz255@gmail.com				X	X		X		
4	Rocio Diaz S	63.301.604	X				B/bermeja SDS	Nutricionista	317 4478886	rdeds@outlook.es				X			X		
5	Diana Patricia Hincapie Perez	37939627	X				B/mejo ESEB-Casamadriz	Auxiliar de enfermeria	3134396218.	hincapieperezdianapatricia@gmail.com.					X				
6	Jhudit Ochoa Gonzalez	1095939980	X				CSJ	Enfermera Servicios	3022984980	Servicios@ClinicaSanJoseSas.com.co									
7	Indira Garcia	1096183575	X				B/bermeja Reina Lucia Pediatria-policlinica	Nutricionista	3013144551	indira.garcia@ecopetrol.com.co							X		
8	Usepe Quintero Villabona	1096206113		X			maxemplea E.S.E B/ca	medico gral	3008628172	usepequinonez villabona@gmail.com							X		
9	Evelyn Suarez Galvis	1096221154	X				B/bermeja H.R.M.M	GESTOR Comunitario	3123033591	evelincuadros@gmail.com							X		
10	Maria del Pilar Trujillo Gallego	37556683	X				Famisanar EPS	Profesional Gestion Salud	3125647761	mtrujillog@famisanar.com.co				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.

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: Vargas | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 26 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda, de acuerdo a lineamientos nacionales | Tema: Resolución 2350-2020

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | 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	Angie Nathaly Abril Fere	1094276730	X			29	Barrancabermeja Gestional Bucaramanga	Nutricionista	3203570715	nathalyabrilf@gmail.com								X		Nathaly		
2	Yara José Soto	1064811403	X				Barrancabermeja Secretaria Salud	Psicologa	3002468707	manjolsoto@hotmail.com								X				
3	Hillary Suárez G.	1005175618	X				Bermeja H.R.M.M	Trabajo Social	3123033591	Suarezgalvishillary@gmail.com								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: 25/11/25 En (municipio, país): Colombia, Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Maria Rivera Herrera Edad 45

Dirección e información de contacto:

Cr 34 29A 18 Casa 50 B. Refugio Tel. 3004635240

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

Firma: Diana Maria Rivera Herrera

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Mabagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mañam Fernanda Sanchez Romero Edad 19

Dirección e información de contacto:

romeromañam649@gmail.com Tel. 3044909363

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

Firma: Mañam Sanchez 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: 26/ 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Hillary Suárez Galvis Edad 26

Dirección e información de contacto:

Cra 39 # 29 A 25. B. El Cerro Tel. 3224715177

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bibermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Evelyn Suárez Garvis Edad 33

Dirección e información de contacto:

Cra 39 #29a 25 El Cerro Tel. 3123033591

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

Firma: Evelyn

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Colombia / Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jhudit Ochoa Gonzalez Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Cll 31 #52-39 Tel. 3022984980

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

Firma: Jhudit Ochoa 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: 25 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana Margda Diaz Gonzalez Edad 24.

Dirección e información de contacto:

Diagonal 62 # 4481 Tel. 3023969693.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 25/11/25 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Loraine Sofía Amicta Atencia Edad 22 Años

Dirección e información de contacto:

Calle 49 #34c-33 Tel. 3117507476

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

Firma: Loraine Amicta.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Indira García Agudelo Edad 39 años

Dirección e información de contacto:

Calle 60B N° 36E 57 Tel. 3013144551

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Indira Lanoza Hurtado Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Calle 49 #21-40 Apto 301 Tel. 3005179278.

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

Firma: Indira Lanoza 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: 25 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Michell Cortina Huertas Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Calle 67 # 20-66 Tel. 3017603288

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

Firma: Nataliac

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025. En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angie Nathaly Abril Fener Edad 29

Dirección e información de contacto:

Cra 24 # 54-41 B. Torcoroma Tel. 3203578915

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

Firma: Nathaly Abril

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bolívar, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Nabaón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rocío Díaz S Edad _____

Dirección e información de contacto:

Cra 36 Nº 35-19 Apto 705 Tel. 3174478886

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

Firma: Rocío del C Díaz 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: 25 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María del Pilar Trujillo Gallego Edad _____

Dirección e información de contacto:

Cra 36 N= 35-19 Apto 705 Tel. 3125642761

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

Firma: Mario del Pilar Trujillo Gallego

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Mabagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ivana Palmera Hincapié Perez Edad 56 años.

Dirección e información de contacto:

Diagonal 27A N°34C22 Prado del Amoblamiento Tel. 3139396218.

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

Firma: Ivana Palmera Hincapié 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: 26 / XI / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Fotografo. Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Patricia Farias Jimenez Edad 71 años

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 3157825043

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 26 / 11 / 2025 En (municipio, país): Colombia, Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Usepe Quiñonez Villabona Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

calle 72 #32A 71 Tel. 3008628172

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

Firma: Usepe Quiñonez 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: 26/11/2024 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Hernando Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María José Soto Edad

Dirección e información de contacto:

b/ca Tel. 3002146707

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

Alcaldía Distrital de Barrancabermeja

Dirección de
Salud Integral

LA SECRETARIA DE SALUD DE BARRANCABERMEJA

CERTIFICA QUE

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VÁSQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, contratistas de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en el municipio de Barrancabermeja, durante los días 25 y 26 de noviembre de 2025, realizando un desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional.

Se expide a solicitud de las interesadas a los veintiséis (26) días del mes de noviembre de 2025.

Roció del Carmen Diaz Sarmiento

Secretaria de Salud
Barrancabermeja, Santander

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: 01 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 AM

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Lizeth Paola Amaya Medina	1049602502	X			39	Bucaramanga UNAB	Medico	3150596262	amayalizeth55@gmail.com							X		
2	Dora Margarita Mora	63349246	X			56	Piedecuesta Nueva EPS	Nutricionista	3242356231	marmo0969@gmail.com							X		
3	Andrea C. Alarcon S	1098605725	X			39	FOSCAL	Pediatra	3143639152	dra.andreaalarcon@gmail.com							X		
4	Carlos A. Bravo	1100890123		X		36	Rioncgro ESESAR	enFermero	3108548548	fortalecimientoydesarrollo@esesantander.com							X		
5	Grethel T. Ramirez	63'481.379	X			53	FOSCAL	Pediatra	3057498262	grethel.tatiana@gmail.com							X		
6	Nancy Velandia	63303552X	X			55	SSD	Nutricionista	3186503862	nancyvelandiagita@hotmail.com							X		
7	Monica Bravo	1102368880	X			33	Isabu	Enfermera	3168721022	escuelasaludgmail.com							X		
8	Milady Echeverry	1091664897	X			33	Foscal	Pediatra	3184721059	miladyecheverry8@gmail.com							X		
9	María del Pilar Rodríguez	41688144	X				Bmanga	Consultora	3157825043	docenciasimi@yahoo.es				+			X		
10	Patricia Farias Jimenez	41682552	X			71	Bmanga	Consultora	3232503420	pilar.rodriguezvargas@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: Bucaramanga | Fecha: 01 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 Am.

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Jaime Andres Vargas Angarita	1098792247		X		29	Bucaramanga ISABU	medico general CS	3158067191	Jaimevargas27@outlook.com				X			X		Jaime Vargas
2	Edgar Armando Prada Gonzalez	1097779070		X		29	Bucaramanga ISABU	Medico general	3142010165	erueda246@unab.edu.co				X			X		Edgar Prada
3	Liseth Milena Alvarez Uribe	1095828006	X			29	Bucaramanga Fiscal.	Medico General.	3028387426	lisethalvarez01@hotmail.com				X			X		Liseth Alvarez U.
4	Andrés José García López	1098817435		X		26	Bucaramanga. Clinica San Luis	Nutricionista	3209235297	gaudres405@yahoo.es				X			X		
5	Laura Ingrid Pinzon Arenas	2815126	X			42	Bucaramanga Isabu	Enfermera	3234366882	Cmamonico.isabu@gmail.com				X			X		
6	Sandra Milena Jimenez Monroy	63452160	X			44	Bucaramanga Isabu	Externa	3142265370	csconcordia2024@gmail.com				X			X		
7	Sandra Catalina Pajaro	73.129.392		X		58	Bucaramanga ISABU	Comunitaria EXT.	3133832584	amigosdepandi@hmail.com				X			X		
8	Jenniffer Granados P.	57418914	X			52	ISABU	Medico general	31622232198	Teagropamedicina@hotmail.com.				X			X		
9	Lynerra Guevara R	1095838862	X			29	Bucaramanga Fiscal-UNAB	Medico general	3163548837	lgueva0837@unab.edu.co				X			X		
10	Maria Alejandra Sarmiento	1095834515	X			28	Bucaramanga Fiscal-UNAB.	Medico general.	3204239671	msarmiento310@unab.edu.co				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: 01 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 am.

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Leidy Yasmin Nuñez Martinez	1.095.834100	X			28	Floridablanca Foscal	Enfermera	3167709003	enfermera.estandarizacion2e foscal.com.co							X		
2	Raul A Dueñas C	13702762		X		48	Bucaramanga	medico	3044045073	raulchara@hotmail.com							X		
3	Laura Rodriguez	37-552028		X		32	Isabu.	Medico	3102506995	laurarg26@							X		
4	Nidia S. Jaimes	63361511	X			54	Isabu	Médica	3213729387	nidiasjh@yahoo.com.co							X		
5	Luz Arenas	37721572	X			47	F. blanca Foscal.	Pediatra	3163556692	lkaren@gmail.com							X		
6	Valentina Castancho	1234340702	X			26	Bucaramanga clinica San Luis	Nutricionista	3157728449	valentinacastanchog99@gmail.com				X			X		
7	Maria Fernanda Uribe	1036642842	X			33	UNAB	Residente Medicina familiar	3504984748	mafeuribe1@gmail.com				X			X		
8	David Rene Camargo	1098746974		X		31	ISABU	Médico General	3182432538	vocaloid1920@hotmail.c							X		
9	Alexandra Higuera Fardiño.	1006907857	X			23	ESESAR Rionegro	Nutricionista	3134086645	alexahf27@gmail.com				X			X		
10	Lucy Bell Uyn C.	4976.269	X				B/manga SSD.	Nutricionista Ref. DUT	3205201277	lucyfolole@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.

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: 01 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 Am.

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Kenny Margarita Trujillo	51975238	X				Blmanga	Contratista	3105514681	Kmargaritatrujillo@gmail.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

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: 02 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 AM

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

				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	OTRO.	URBANO	RURAL	FIRMA Y HUELLA
1	Jaime Andres Vargas Arguello	1098492747			X		29	B/manga ISABU	medico general	3158067141	Jaimevargas27 @outlook.com				X			X		Jaime Vargas.
2	Andrés José García Cópez	1098817435				X	26	Bucaramanga. Clinica San Luis	Nutricionista	3209235297	yandres1105@ yahoo.com.				X			X		
3	Laura Inés Jaimes	28/5/126		X			47	Bucaramanga Isabu	Enfermera	3234366662	[illegible]				X			X		
4	Monica Bravo	1102358600		X			33	ISABU Blga	Enfermera	3168721022	cscristal.isabu @gmail.com				X			X		Monica Bravo
5	Patricia Fonseca	41682552		X			71	B/m.	Consultora	3157825043	doeenciaasimi @yahoo.es				X			X		
6	Andrea C Marcon	1098605125		X			39	FOSCAL Floridablanca	Pediatra	3143639152	dra.andrea.daraca@ gmail.com				X			X		
7	Grethel T. Ramirez T	63481379		X			53	Foscal Floridablanca	Pediatra	3057498262	grethel.tatiana @gmail.com				X			X		
8	Raul A Duenas	13702762			X		48	ISABU Bucaramanga	medico	3044045073	raulchara@ hotmail.com				X			X		Raul A
9	Kenny Margarita Trujillo	51975238		X				B/manga	Consultora	3105514681	Kmargarita Trujillo @gmail.com				X			X		
10	Maria del Pilar Rodriguez	41688144		X			40	B/manga	Consultora	3232503420	Pilar.rodriguezvargas@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.

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 APROBACIÓN	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 02 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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 Rodriguez G.	37552024	X			32	ESE ISABU	Md General	3102506995	laurarg2611@gmail							X		Laura Rodriguez
2	Leidy Yasmin Nuñez Martinez	1095834100	X			28	Floridablanca Foscal	Enfermera	3167707003	enfermera.estandarizacion2@foscal.com.co							X		Leidy Yasmin Nuñez Martinez
3	Liseth Milena Alvarez Ubbe	1095828006	X			29	Foscal Piedecuesta	Medico General	3028384426	lisethalvarez01@hotmail.com							X		Liseth Alvarez U.
4	Natalia Smith James H	63361511	X			SA	ESE ISABU	medico general	3054040330	nidiasjh@gmail.com							X		
5	Ivey Bell Vega Q.	49761269.	X				B/manga. SSD. Ref. Dwt Ayuda	Nutricionista Ref. Dwt. Ayuda	3205201297	Ivey7012@hotmail.com.				X			X		
6	Dr. Margarita Mora	63349246	X			56	Piedecuesta Fabio Nueva EPS	Nutricionista.	3242352631	marmo0969@gmail.com							X		
7	Jennifer Granados P.	37418914	X			52	Isabu	Médico	3162232198	Jeagropamediano@hotmail.com.							X		
8	Loz Karen Arenas	37721572	X			47	F blanca Foscal.	Pediatra	3163556692	Ikarenav@gmail.com				X			X		
9	Edgar Armando Rueda L.	1098779070		X		29	B/ga Isabu	Medico	3212020265	enfermeriaclinicabuc.co				X			C		
10	Sandra M. Jimenez	63452160	X			44	B/go Isabu.	Enfermera	3142265370	csonoloja2024@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.

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: 02 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Valentina Cristancho G.	1234340702	X			26	Bucaramanga clinica San Luis	Nutricionista	3157798449	valentinacristancho99@gmail.com				X			X		
2	Maria F. Uribe	1086642842	X			33	Bucaramanga UNAB	Residente Medicina Familiar	3504984943	mafeuribem@gmail.com				X			X		
3	Nancy Velandia H	63303521	X			55	SSD	Nutrición	3186503862	nutrinancy velandia ssd@gmail.com				X			X		
4	Sandra Patricia Cadena G	73.129.392		X		50	Bmanga ISABU	MD	3/3383258	amigosdelsantos@Bmanga				4			4		
5	Mileidy Echeverry	1091664897	X			33	Floridablanca Sancal	Pediatra	3184721009					X					
6	Alexandra Higuera	1006407857	X			23	Rionegro	Nutricionista	3134086945	alexahf27@gmail.com				X			X		
7	David Rene Camargo T	1098746474		X		31	ISABU	Medico General	3182432538	vocaloid182@hotmail								1 X	
8	Lizeth Paola Arcos	1049802502	X			34	Bucaramanga Foscal	medico general	3212045761	arcoslizeth55@gmail				X			X		
9	Lyneira Guevara R	1095838612	X			27	Bucaramanga Foscal	Medico general	3163510889	lguevara837@unab.edu.co				X					
10	Maria Alejandra Sarmiento	1095834515	X			28	Bucaramanga -FOSCAL	Medico general	3204239671	msarmiento390@unabedu.co				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	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025. En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lizeth Paola Amaya Medina Edad 39 años

Dirección e información de contacto:

Circunvalar 35 # 92-170 Tel. 315059 6262

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Clara Margarita Mora Moreno Edad 56 años

Dirección e información de contacto:

Calle 18 #6-50 Tel. 3242352631

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Carolina Marcon Santos Edad 39 años.

Dirección e información de contacto:

calle A8 # 27-19 Balbis apto 102 Tel. 3143639152

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / Dic / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carlos Alberto Bravo Rodriguez Edad 36

Dirección e información de contacto:

Carrera 11 # 12-28 Tel. 3108548548

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Grethel Tatiana Ramirez Tarazona Edad 33 años.

Dirección e información de contacto:

grethel.tatiana@gmail.com Tel. 305 7498262

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nancy Yolanda Herrera Edad 55.

Dirección e información de contacto:

SSD. Tel. 3186503862.

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

Firma: 01/dic/2025. Nancy

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Monica Bravo Edad 33

Dirección e información de contacto:

Cll 6 #78-27 Tel. 3168721022

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

Firma: Monica Bravo

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María del Pilar Rodriguez Edad

Dirección e información de contacto:

Bga Tel. 3232503420

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Patricia Farias Jimenez Edad 71

Dirección e información de contacto:

Elga Tel. 315 782 5043

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jaime Andres Vargas Angarita Edad 29

Dirección e información de contacto:

Cll 102 blv fontana 26 casa E 22 Tel. 3158067141

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

Firma: Jaime 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: 01 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Varger

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edgar Armando Rueda Gonzalez Edad 29 años

Dirección e información de contacto:

Calle 34 #22-35 Tel. 3112026164

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

Firma: Edgar 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: 01 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liseth Milena Alvarez Uribe Edad 29 años.

Dirección e información de contacto:

Transversal 25 # 1 -335 Tel. 3028383426

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andres José Garcia López Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Cra 26 # 48-56 Tel. 3209235297

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 1/12/2025 En (municipio, país): Bilga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leonor Inés Moncada Edad 92

Dirección e información de contacto:

Bilga Tel. 3234368602

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: 01 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga- colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandra Milena Jimenez Edad 44 años

Dirección e información de contacto:

Cra 28 #51-40 Apt 202 Tel. 3142265370.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01/12/2025 En (municipio, país): Bucaramanga / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Santiago Cabarcas Navarro Edad 5 8 A

Dirección e información de contacto:

cll 31 #26A-44 Apto 301 Tel. 3133832585

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jenniffer Adriana Granados Padilla Edad 52 años.

Dirección e información de contacto:

Avenida 88 N° 20-13 Jeograpamediana@hotmail.com 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: 01 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lyneisa Guevara Rodriguez Edad 27

Dirección e información de contacto:

Cra 12 # 200-14 Tel. 3163543837

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Colombia, Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Alejandra Sarmiento Edad 28 años.

Dirección e información de contacto:

TV 154 # 17 - 117 Tel. 3204239691.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Varger

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Yasmin Muñoz Martinez Edad 28 años.

Dirección e información de contacto:

Diagonal 19#153b-10 Tel. 3167707003

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

Firma: Leidy Yasmin Muñoz 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: 01 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Raul A Duran Edad 48

Dirección e información de contacto:

Tel. 304 404 5073

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:.

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura liliana Rodriguez G. Edad 32 Años.

Dirección e información de contacto:

ESE I SABO C-S. Rosario Tel. 3102506995.

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

Firma: Laura 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: 01 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nidia Smith James Hernandez Edad 54 años

Dirección e información de contacto:

ESE - ISABU. Centro Salud B/ga Tel. 3054040370

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

Firma: CC #63301511 B/ga

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Karen Arenas Virviescas Edad 47 años.

Dirección e información de contacto:

Conjunto Residencial Sierra Colina Tel. 3163556692

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Valentina Custancho Gelves. Edad 26

Dirección e información de contacto:

Carrera 26 # 48 - 56 Tel. 3157728449.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargar

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Fernanda Uribe Rivera Edad 33 años

Dirección e información de contacto:

Cra 39 # 46-132 Tel. 3504984743.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

David René Camargo Tarazona Edad 31

Dirección e información de contacto:

C 11 60 # 48 W-05 Conjunto Alta Estrella Casa D-6 Tel. 3182432538

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

Firma: David René Camargo 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: 01 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yudy Alexandra Higera Fandiño Edad 23

Dirección e información de contacto:

Carrera 6 #5-36 Barrio Santa Ana Tel. 3134408645

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 01/12/25 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juan Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jacqueline Vega Ulloa Edad

Dirección e información de contacto:

Condominio Manantial Conjunto Tel. 3132201242.

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kenny Margarita Trujillo Edad

Dirección e información de contacto:

Elga Tel. 3105514681

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____

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: 02 de Diciembre de 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____

Tema: Resolución 2350-2020

			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	Maria Elian Martinez	60266696	X			40	Bmanga	Enfermera	3107836938	csbucaramanga.isbl@gmail.com							✓		
2	Maria Elena Ruedo J	63355169	X			55	B/manga	Nutricionista	3158490868	meruedao@comfenalcosantander.com.co marisnuto@yahoo.com							✓		
3	Jimena Jaimes G	37 270905				44	B/manga	Enfermera	3234895049	JaimeJimenez@gmail.com							/		Jimena Jaimes G
4	Zeydis Ortiz C	63485065	X			53	B/manga	Nutricionista	3166910780	zeydisortz@gmail.com							X		
5	Luis Miranda G	91538034				40	Bga	N y D	3212027231	nalfmiranda9@gmail.com							✓		
6	Jaime Jose Martinez	91.266557				56	Floridablanca	JEFE DPTO NUTRICION-INFANTIL	3163707496	coordinacion.pediatria@fosfal.com.co							X		
7	elizabeth Pico J	37565573					Bucaramanga	Enfermera	3011428660	carlotta.isabel.@gmail.com									
8	Andrea Vanegas Beltran	91526080		X		41	B/manga	Medico General	3166161708	nacanegas@gmail.com							X		
9	Maria Camila Carvajal	1098803402	F			28	B/manga	Enfermera	3196391344	Clinicenfermeria@gmail.							X		Camila C.
10	Rosa Dominguez	63501811	X			50	Giron	Nutricionista	3142566097	nutricion1220@gmail.com							X		Rosa 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 | Fecha: 02 de Diciembre de 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Maria Monica Arenas Suarez	1098684071	X			35	Bmanga ISABU	Medico general	3188018173	motita0220@hotmail.com							X		
2	Margaret Becerra Velásquez	27591469	X			45	F/blanca FOSCAL	SSBG - Gestion Clinica/MD	3212524092	margaret.becerra@foscal.com.co							X		
3	Sara Valentina Pérez Rojas	1051064694	X			21	B/manga	-	3124392313	saravaperez25@gmail.com							X		Sara Perez Rojas
4	Yessica Andrea Herrera6	1095948681	X			28	Giron/clinica	Medico	3212445525	jeandrea97@gmail.com							X		
5	Linda Lizeth Pérez Ayala	1098779143	X			29	Giron/clinica	Médico	3172471810	lizethO9@hotmail							X		
6	Dayana Santamaria	1005182483	X			25	Girón/clinica	médico	3134049444	daymasantamaria@gmail.com							X		
7	Marwi Dayanna Correa Alvarez	1005542190	X			22	Bmanga comuneros.	Nutricionista	3167126435	ndo correa marwi@gmail.com							X		
8	Elizabeth Olaya Torres	1098825042	X			26	Bmanga ESE HUS	Nutricionista	3188889268	elizabethoz2426 gmail.com							X		
9	Esperanza Alvarez P.	1005289045	X			23	Bmanga ESE HUS	Nutricionista	3174151374	nutri.esteral@gmail.com							X		
10	Andres David Duran C.	1098633859		X		35	B/manga HUS	Nutricionista	3154262256	nutricionistadaviddduran@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: Bucaramanga | Fecha: 02 de Diciembre de 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350 - 2020

			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	Dolly stella Rincón	37721642	X			46	ESE ISABU	Apoyo salud INF	3206047487	Dolly Stella Rincon f							X		Dolly Stella R.
2	Laura Yasmin Ramirez Rincón	1098745900	X				FOSCAL HUS	Pediatra	3174004636	lauramirezpediatra@gmail.com							X		
3	Valeria Rivera Gómez	1007669167	X			25	ESE ISABU.	Med. General.	3003958350.	valeria.riveragomez@gmail.com							X		
4	Jennifer Nathalia Ayala	1098814204	X			26	Girosalud	Enfermera	3202849373	nataliayala1912@gmail.com							X		
5	Diana Marcela Diaz Gelvez	1098646775	X			38	Clinica Foscal.	Nutricionista.	3164953981	tactodiaz202@gmail.com							X		Diana Diaz Gelvez
6	Diana Victoria Villarreal Rueda	63527276	X			43	Bucaramanga Indep.	Md General	3152513173	dianilla56@gmail.com							X		
7	Paola Marcela Martinez Peret	1098731889	X			32	Bucaramanga Forpresalud	Direccion Sede	3163479019	direccion.bucaramanga@forpresalud.com.co							X		
8	Jessica Paola Hernandez Gomez	1095916220	X			35	Girosalud Giron	Enfermera	3156642041	Jhernandez33.@unab.edu.co							X		Jessica Hdez
9	Franci Johana Carrillo Morales	63547468	X			41	B/manga ISABU	medico General	3214766811	Jbarros@hotmail.com							X		
10	Kenny Trujillo	91975238	X				B/manga	Consultora	3105514681	Kmargaritatrujillo@gmail.com				O			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: Bucaramanga | Fecha: 02 de Diciembre de 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Maria del Pilar Rodriguez	41688144	X			50	B/manga	Consultor	3232503420	Pilar.rodriguezvargas@gmail.com				X			X		
2	Patricia Fanzi Jimenez	41682552	X			71	B/manga	Consultor	3157825043	docenciaasimia@yahoo.es				X			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.

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: 03 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00Am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

			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 Yasmin Ramírez Rincón	1098745900	X				Foscal HUS	Pediatra	3174004636	lauraniirezpediatra@gmail.com				X			X		
2	Maria Monica Arenas Suarez	1099684071	X	.		35	ISABU	Medico	3188018173	matita0220 @hotmail.com				X			X		
3	Juan Camilo Acevedo Jurado	1005324274		X		24	Giro Salud	Enfermero	3143255947	Juan.le. Acevedo 17@hotmail.com				X			X		
4	Maria Camila Cardozo.	1098603402.		X		28	GiroSalud.	Enfemera	3196391344.	Clinicenfermeria@gmail. ~~mc26@outlook.com~~				X			X		
5	Linda Perez Ayala	1098779143				29	Girosalu	Piedro	3172471210	lizetteOfficial@hot				X			X		
6	Yessica Andrea Herrera G.	1095998681	X			28	Girosalud	Medico	3212495525	jeandreag7@gmail.com				X			X		
7	Jimena Jaimes G	37270903	X			44	Girosalud	Enfermera	3234895419	Jaimesjimes1220@Gmail.com				X			X		
8	Elizabeth Olaya Torres	1098825047	X			26	Bga ESE HUS	Nutricionista	3188889265	elizabeth20121245 Gmail.com				X			X		
9	Diana Victoria Villamil Pereda	63527276	X			43	Bmanga Independi	Medico	3152517173	dianilla56@gmail.com				X			X		
10	Jennifer Ayala	1098849209	X			26	Girosalud	Enfermera	3202849373	Nohelia1a1912@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: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 03 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 Am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	MINORIA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Zeudis Ortiz C	63485065	X			53	B/manga	Nutricion.	3166910780	zeydisortiz@hotmail.com				ø			X		Zeudis Ortiz C
2	Valeria Rivera Gómez	1007669167	ø			25	B/manga	Médico.	3003958350	valeriariveragomez@gmail.com.				ø			X		
3	Diana Marcela Diaz Galvez	1098646775	X			38	B/manga	Nutricionista	3164953981	tatadiaz002@gmail.com				ø			X		Diana Diaz Galvez
4	Margaret Becerra Ulloa	27591469	X			4	F/blanca	Sub Gerente Gestión Clínica	3212524092	margaret.becerra@foscal.com.co				ø			X		
5	Marcela Ruedj	63355169	X			55	Bga.	Nutricionista	3158490868	maruedaa@comfenalcusantander.com.co marianuta@yahoo.es				ø			X		
6	Dayma Alejandra Santamaria P.	1005182483	X			25	IPS Girón	Médico	3154049464	daymasantamaria18@gmail.com				ø			X		
7	Rosa Carmiña Dominguez L.	63501812	X				Clinica Giron	Nutricionista	3142566078	nutricion122007@gmail.com				ø			X		R. del Duran
8	Paola Marcela Martinez Perez	1098731889	X			32	Bucaramanga Foripresalud	Direccion Sede	3163479049	Direccion.Bucaramanga@foripresalud.com.co				ø			X		
9	Dolly Stella Rincon	37726.642	ø			46	Bucaramanga ESE ISABU	Apoyo Salud Inf.	3206042415	apoyosaludinf@gmail.com				ø			ø		Dolly Stella Rincon
10	Sara Valentina Pérez R.	1051064694	X			21	B/manga	Nutricionista	3124392313	saravaperez5@gmail.com				ø			X		Sara Pérez Rojas

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: 03 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 Am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Jessica Paola Hernandez	1095916220	X			35	Giron Girasalud.	Enfermera	3156642049	Jhernandez330@unab.edu.co				X			X		
2	Andrés David Duran Ortega	1098688859		X		35	Bucaramanga E.S.E HUS	Nutricionista	3159262256	nutricionistadavidduran@gmail.com				X			X		
3	Luis Fred Miranda	95538689				40	Bucaramanga CPTSL	M y D	3212027272	naldfmiranda9@gmail.com				X			X		
4	Jaime Jose Martinez J.	91.266.557		X		56	Floridablanca	MD. PEDIATRA	3163707496	coordinacion.pediatria@fosal.com.co				X			X		
5	Isabella Pico	37546573		X			Bucaramanga	Enfermera	3017428660	consuloJaramillo@gmail.com				X			X		
6	Angie Vanya B	91578000		X		41	Bmanga	MC	3166161798	nacanega@gmail.com				X			X		
7	Esteri Y. Alvarez P	1005289045	X			23	Bmanga ESE HSO	Nutricionista	3174151374	Nutri.esteral@gmail.com				X			X		
8	Maria Elisa Martinez	60266696	X			40	Bmanga	Enfermera	3107836930	cs.bucaramanga.isabu@gmail.com				X			X		
9	Lilia Mercedes V.	60765581	X			38	Bga los Comuneros	Nutricionista	3166943187	liliavelmar@hotmail.com				X			X		
10	Franci J. Carrillo	63547468	X			41	Bmanga ISABU	medico general	3214761811	jara2105@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.

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: 03 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 Am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

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	Patricia Fanas	41682552	X			71	Bmanga	Consultor	3157825043	docenciaasimi@yahoo.es				X			X		
2	Kenny Margarita Trujillo	51975238	X				Bmanga	Consultora	3105514681	Kmargaritatrujillo@gmail.com				X			X		
3	Maria del Pilar Rodrigue	41688144	X			70	Bmanga	Consultora	3232503420	pilar.rodriguezvargas@gmail.com				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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Elena Mutner Edad 40

Dirección e información de contacto:

Cra 29 # 164 8 Tel. 3107832938

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Elena Rueda Joya Edad 55

Dirección e información de contacto:

Cra 20 #46B-41 Torre 1 Apto 104 Tel. 3158490868

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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jimena Jaimes Yañez Edad 44

Dirección e información de contacto:

Calle 32 # 25-96 Tel. 3234895049

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

Firma: Jimena Jaimes Y

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 02/12/2025 En (municipio, país): Bmanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Ueyer

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Zeydis Ortiz C Edad 53 años

Dirección e información de contacto:

Cra 4ta # 106-47 Tel. 3166910780.

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

Firma: Zeydis Ortiz Cortes.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 02/12/25 En (municipio, país): Bga / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Fredy Mena G Edad 40.

Dirección e información de contacto:

Bga Tel. 3212023272

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

Firma: Luis Fredy Mena 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: 2 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jaime Jose Martinez Arias Edad 56

Dirección e información de contacto:

Cra 25A #148-20 casa 30 Tel. 3163707496

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elizabeth Pico Jaimes Edad

Dirección e información de contacto:

Kra 14 #48-00 Tel. 3017428680

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrés Vargas Beltrán Edad 41

Dirección e información de contacto:

Carrera 26 # 20-22 Tel. 3166161786

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Camila Cardozo. Edad 28.

Dirección e información de contacto:

Elga Tel. 3196391344

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

Firma: Camila Cardozo.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosa Domínguez Edad 50

Dirección e información de contacto:

Cra 10 - 42-30 Tel. 3145660748

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

Firma: Rosa C. Domínguez 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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Monica Arenas Suarez Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

Calle 32 #25-96 Tel. 3188018173

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Margaret Beatriz Velásquez Edad 45 años

Dirección e información de contacto:

Cra 45 # 64-47 Tel. 3212524092

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sara Valentina Pérez Rojas Edad 21

Dirección e información de contacto:

calle 18 #32-43 San Alonso casa 3 Tel. 312 439 2313

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

Firma: Sara Perez 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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yessica Andrea Herrera Galviz 2 Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

Diagonal 9 #20-06 Piso 5 Giron Tel. 3212945525

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

Firma: Yessica A Herrera 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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Linda Lizeth Pérez Ayala Edad 29

Dirección e información de contacto:

Calle 63 # 19B - 28. Tel. 3172971810.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dayma Santamaria Edad 25

Dirección e información de contacto:

daymasantamaria / Cll201A#19-61 Tel. 3134049644

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Marwi Dayanna Correa Alvarez Edad 22.

Dirección e información de contacto:

Cra 12 # 10-81. Piedecuesta Tel. 3167126435.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elizabeth Olaya Torres Edad 26

Dirección e información de contacto:

Calle 63A #3W-03 Tel. 3188892165

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Esther Yaneth Alvarez Parra Edad 23 Años

Dirección e información de contacto:

Calle 49 #32-45 Tel. 3174151374

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

Firma: Yaneth 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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrés David Duran Correa Edad 35

Dirección e información de contacto:

Carrera 30 # 31-43 Tel. 3159262256

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 2 / 12 / 2023 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dolly Stella Rincon Torres Edad 46

Dirección e información de contacto:

Calle 105 # 29 - 104 Tel. 3206047485

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

Firma: Dolly Stella Rincon 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: 02/12/2025 En (municipio, país): Bucaramanga/Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Yasmin Ramirez Edad _____

Dirección e información de contacto:

Blga Tel. 3174004636

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

Firma: Laura Yasmin Ramirez Rincon

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga / Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Valeria Rivera Gómez Edad 25

Dirección e información de contacto:

valeria.riveragomez@gmail.com. Tel. 3003958350

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bmanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliano Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jennifer Nathalia Ayala Basto Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Cra 4 # 58-19 Naranjos Tel. 3202849373

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

Firma: Nathalia 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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Marcela Diaz Gelvez Edad 38 años.

Dirección e información de contacto:

carrera 29 #30-25 Tel. 3164953981

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

Firma: Diana Marcela Diaz Gelvez

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliano Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Victoria Vallejo Rueda Edad 43 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 35 #25-37 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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paola Marcela Martinez Perez Edad 32

Dirección e información de contacto:

Cll 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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jessica Paola Hernandez Gomez Edad 35

Dirección e información de contacto:

Cra 25A #26-12 Rio de Oro 1 Tel. 3156642049

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

Firma: Jessica 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: 02 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Franci Johanna Carrillo morales Edad 41 años

Dirección e información de contacto:

cra 9C # 64a-09 Tel. 3214761811

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kenny Margarita Trujillo Edad _____

Dirección e información de contacto:

Blga Tel. 3105514681

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María del Pilar Rodriguez Edad 70

Dirección e información de contacto:

Cl 2 Sur # 12-173 Edf e Tel. 3232503420.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Patricia Farías Jimenez Edad 71

Dirección e información de contacto:

Blga Tel. 3157825043

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

Firma: Patricia Farías

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 03 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juan Camilo Acevedo Jurado Edad 24.

Dirección e información de contacto:

cll 37 # 47-08 Tel. 3143255947

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

Firma: Juan Camilo Acevedo Jurado

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 03 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ubis Mercedes Leon Villamizar Edad 38

Dirección e información de contacto:

Carrera 25 # 30-66 Tel. 3166948189

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

Firma: Ubis Leon Villar

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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: 04 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de Capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			INTERSECCIONALIDAD																		
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO				
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F	M	NO- BINARIO	EDAD	MÚNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Victor M. Mora B	1095796047		X		37	Bucaramanga clinica San Luis	Pediatra urgencias	3015221033	vmoram@pediatras.com.co				X			X		
2	Johanne Reyes Gallardo Rose	63544016	X			43	Bucaramanga ISABU	Enfermera	3165300632	@elsantander.isabu.gov.co				X			X		
3	Maria Nelcy Hernandez Velasco	63308708	X			59	Santa Barbara ESE Centro Salud	Nutricionista	3167561093	mnelcy0208@gmail.com				X			X		
4	Cindy A. Pabón R	1094779568	X			36	ESE ISABU CS JOYA.	Enfermera	3107716439	adrinacho2308@hotmail.com				X			X		
5	Giselle Zulay Moreno Acevedo	1098715812	X			33	Bmanga Isabu	Enfermera	3025966349	giselemorero.isabu@gmail.com				X			X		
6	Johanna Jean C	1098610383	X			39	B/manga	enfermera	3188688097	csbleedo@gmail.com				X			X		
7	Liseth P-Chacon	23424108	X			46	B/ga ISABU	Enfermera	3013885653	cslibertad.isabu@gmail.com				X			X		
8	Kelly Garcia C.	37745854	X			46	Pta. S. Salud	Nutricionista	3156798041	sanalcaldea predaveto@gmail.com.				X			X		
9	Diana Lizet Vanegas	1140846732	X			34	B/manga	Medico	3177006686	dianalizet.dl@hotmail.				Y			X		
10	Rita Isabel Barros	63369209	X			50	B/manga IPS Confined	Nutricion	3124826556	dacosrib@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: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 04 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Lyz Valeria Losada	1004440045.	X	.		24	Bucaramanga Clinica San Luis	Nutricionista	3219696993.	Valeria losada.3@gmail				X			X		
2	Lina Maria Mateo R.	1098.604.909	X			40	IDABU	Medico	3028481506	linamateo@hotmail.com				X			X		
3	Adriana Patiño	1095776765	X			37	ISABU	Enfermera	3212390399	adrianamartinezcabal@gmail.com				X			X		
4	Luisa Fernanda Espinel	1098781017.	X			29	Clinica Giron ESE.	coordinacion Medica Urgencias	3174015423	coordinaciongiron @vivasalud.co				X			X		
5	Cindy Tatiana Ramirez D	1098632568	X			38	ISABU	Enfermera	3008737312	tara_2426@hotmail.com				X			X		
6	Dayanna Carreño G	1005543151	X			25	Isabu	Enfermera	3185143163	daya_1407@hotmail				X			X		
7	Maria Paula Fernandez J	1098796481	X			28	ISABU	Medico	3007833087	maria paulafernandez Jaimes@gmail.com				X			X		
8	Jazmin Prada Rodriguez	1098605628	X	X		34	ISABU	Enfermera	3183418161	jazminpradar25@gmail.com				X			X		
9	Carlos Medina	1098353278		X		38	ISABU	Med.co	3115406015	carlos medinacarro @gmail.com				X			X		
10	Andrea Ximena Mamela R	1098803951	X			27	Foscal	Enfermera	3158673883	spublica.pgp@foscal.com.co				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.

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: 04 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Nathalia Patiño	1005338380	X			25	Bucaramanga ISABU.	Nutrición	3017417139.	ndnathapa@gmail.com				X			X		Nathalia P.D.
2	Yenny Pedraza Rojas	1098677894.	X			36	Bucaramanga.	Medico	3162735171.	yccaz7_4@hotmail.com				X			X		YCPR.
3	LUZ Mery Cala	1095679593	X			37	Bucaramanga	Pediatra	3156861302	luzcala9@gmail				X			X		Luz Cala.
4	Juan Pablo Rueda P	1098624085		X		39	Fiscal Bucaramanga	Pediatra	3215061024	jpued-p7@hotmail.				X			X		
5	Brigheth Mishell Parra	1094269028	X			35	Bucaramanga	Pediatra	3186649022	brimi38@hotmail.com				X			X		
6	Juan Carlos Acuña	72121724		X		61	Bucaramanga	Pediatra	3044691702	Johnny.acuba@gmail.				V			P		
7	Isabella Fuscion Torres	1005289797	X			23	ISABU Bucaramanga	Medico G.	3204791505	Isabuescu725@gmail.com				X			X		Isabella Fuscion T.
8	Camila Velasco H.	1098814521	X			26	Bmanga	Enfermera	3223140094	velascocamila12@gmail.com				X			X		Camila Velasco.
9	Angelica Rueda Serrano	1049371912.	X			30	Bucaramanga ISABU.	Medico.	3183334493.	angelicamrss@gmail.com				X			X		
10	Yarina Natalie Trujillo	1098757783	X			30	Bmanga ISABU.	Enfermera	3185570028	Yarinanatalietrujillomora@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: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 04 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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 Velasquez	1095842610	X			26	Isabu. Bucaramanga	Medico general	3103433170	tati.hael@gmail.com				X			X		
2	Carmenza Vega R.	63517415	X			48	Isabu Bga.	Enfermera	3118255864	ecampohoisalud@gmail.com				X			X		
3	Matthew Rodriguez	1098796876		X		28	ISABU BGA	Medico	3012349878	mswo97@gmail.com				X			X		
4	Violeta Cacerez	1004840580	X			28	Isabu. Bga	Enfermera	3162263311	csgiraldo@hotmail.com				X			X		
5	Laura Camila Vega B	1098801663	X			28	ISABU BGA	Médico	3166922987	lovega793@gmail.com				X			X		
6	Ligia Rosa Gómez Cadena	63340330	X				ISABU	medico	3112174468	ligia1059gomez2009@gmail.com				X			X		
7	Jhuly Andrea Bernal	1095915088	X			37	Clinica San Luis Bmanga	Nutricionista	3163396633	nutricion@clinicasanluis.com.co				X			X		
8	Lady Tatiana Raba	1098806946	X			27	ISABU HLN	Nutricionista	3222606011	tatianarabanyd@gmail.com				X			X		
9	Angie Trejos Nuñez	1005333102	X			25	ISABU.	Enfermera	3147832259	Angieznatalu@gmail.com.				X			X		
10	Leidy Carolina Pinto	1005338495	X			25	Clinica San Luis	Nutricionista	3182438011	nutricionista.leidypinto@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: metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 04 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo al lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Amy Samanta Gelvez	1098625788	X			31	Giron SLI	Nutricion.	3184360999	amysamy991@hotmail.com				X			X		
2	Maria del Pilar Rodriguez	41688147	X			70	B/manga	Consultor	3332508420	pilar.rodriguezvasquez@gmail.com				X			X		
3	Kenny Margarita Trujillo	57975238	X				B/manga	Consultor	3105574601	Kmargaritatrujillo@gmail.com				X			X		
4	Patricia Farfar	41'682.552	X			71	B/manga	Consultor	3157825043	docenciaasimi@yahoo.es				X			X		
5	Laura Daniela Ortega	1'098.786.097	X			29	Giron. Clinica	Médico	3150668835	Coordinacionginun@vivasalud.co				X			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

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 Diciembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Jhuly A. Bernal S	1095915088	X			37	Clinica San Luis Bmanga	Nutricionista	3163346633	nutricion@clinicasanluis.com.co							X		J. Bernal
2	Juan Pablo Rueda P	1094872028		X		39	Fuscal	Pediatra	3215061020	jpruepzz@gmail.							X		
3	Angie Trejos Nuñez	1005333102	X			25	ISABU	Enfermera	3147832054	cingieancdaly @gmail.com							X		
4	Lina Marcela Plata	1098609961	X			40	ISABU	Medico	3028481506	linaparo@hotmail.com				X			X		Lina Marcela Plata
5	Nathalia Patiño D	1005338380	X			25	ISABU	Nutricionista	3017417139	ndnathapa@Gmail.com				X			X		
6	Camila Velasco H.	1094814521	X			26	Bmanga ISABU	Enfermera	3223140094	velascocamilaic@gmail.com				X			X		Camilavelasco.
7	Matthew Rodriguez	1093796876		X		28	ISABU Bmanga	Medica	3012349878	mrsw097@gmail.com							X		
8	Nicolle T Lacaro R.	1098746170	X				ESE ISABU Bga	Enfermera	3162763311	Nicolletlacaro@gmail.com							X		N Lacaro.
9	Ligia Rosa Gomez C	63340330	X				ISABU	Medico	3112174468	ligiarosagomez@							X		
10	Leidy Carolina Pinto	1005338495	X			25	Clinica San Luis	Nutricionista	3182439311	nutricionista.leidy@gmail.com punto@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: Bucaramanga | Fecha: 05 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de Capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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 Wanduraga	1098817114	x			26	Bmanga Movilidad Urbana Fiscal	Residente Pediatria	3204886016	vwanduraga@unab.edu.co									Valentina Wanduraga
2	Yaniza Natalie Trujillo Maca	1098757173	X			31	Bucaramanga Isabu	Enfermera.	3185520088	Yaniza Natalie Trujillo Maca@gmail.com						X	X		
3	Angelica Vana Rueda	1094371412.	X			30	Bucaramanga Isabu.	Medico.	3183304403.	angelicavanas@gm				X			X		
4	Maria Neley Hernandez Velasco	63308708	X			59	Santa Barbara ESE CENTRO DE SALUD	Nutricionista	3167561093	mneley0208@gmail.com				X			X		
5	Isabella Fresán Torres	1005289747	X			23	ISABU Bucaramanga	Medico G.	3209491505	Isabrescin25@gmail.com				X			X		Isabella Fresán T.
6	Valeria Losada.	1004440095.	X.			24.	Clinica San Luis Bucaramanga	Nutricionista	3219696993.	valerialosada.3a@gmail				X			X		
7	Juan Carlos Ateña B	72121724		X		61	Fosca	Pediatra	3044691702	Johnny.acuba@gmail									
8	Brigheth Mishell Parra	1094265028	X			35	FOSCAS	Pediato	3186643088	brimi386@hotmail.com									
9	Maria Paula Fernandez	1098796981	X			28	ISABU	Medico g.	3007833097	mariapaulafernandez jaimes@gmail.com				X			X		
10	CINDY BARON	1098632568	X			38	ISABU	Enfermera	3008737542	tara-2426@gmail.com				X			X		CINDY BARON

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: 05 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Gisselle Zulay Moreno Acevedo	1098715812	Y			33	Bmanga	Enfermera	3025966349	gisellemoreno.isabu@gmail.com						X		R				
2	Yenny Pedraza Rojas	1098677694	X			36	B/manga	Medico	3162735771	yeca27_ae@hotmail						X	X					
3	Lavia Camila Vega B	1098801663	X			28	ISABU Bmanga	Médico	3166922987	lcvega9930 gmail.com						X	X					
4	Lady Tatiana Raba	1098806946	X			27	ISABU HLN	Nutricionista	3222606011	tatianarabanyd @gmail.com							X		TATIANA RABA			
5	Dayanna Cañero	1005543151	X			25	ISABU C Externa	Enfermera	3185143163	dcenfermeradm												
6	Patricia Farias	41682552	X			71	B/manga	Consultor	3157825043	docenaaasimi@yahoo.er				X			X					
7	Carlos Medina Correa	1098632748	X			38	ISABU	Medico	3155406074	carlosmedinacorrea@gmail.com				X			X					
8	Liseth P. Chacon	23424106	X			46	ISABU. B/GA	Enfermera	3013885653	cslibertad.isabu@gmail.com				X			X					
9	[illegible]	63369209				50	IPS CONFIMED BUCARAMANGA	Nutricionista	3124826556	daosribio@gmail.com				X			A					
10	Cindy A. PARDO	1094719358	X			26	B/ga.	Enfermera	3107716424	csjoya.isabu@gmail.com				C			C					

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: 05 de Diciembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 12 horas en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda de acuerdo con el lineamiento nacional

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Kenny Margarita Trujillo	1975238	X				B/manga	Consultora	3105571468	Kmargarita trujillo@gmail.com				X			X		
2	Maria del Pilar Rodriguez	41688144	X			70	B/manga	Consultora	3225105420	Pilar.rodriguezvaquez@gmail.com				X			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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Victor Manuel Mora Bautista Edad 37 años

Dirección e información de contacto:

Calle 21 20 32 Ap 904 Tel. 3015221033

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Johana Gallardo Rojo Edad 43

Dirección e información de contacto:

Carrera 20 #22-59 Tel. 3165300632

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

Firma: Johana Gallardo

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga – Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Nely Hernández Velasco Edad 59 a

Dirección e información de contacto:

Calle 204A #35-45 Ronda Floridablanca Tel. 3167561093

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

Firma: María Nely 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: 4 / 12 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Cindy A. Pabón R. Edad 36A.

Dirección e información de contacto:

Cll 65 #12W-84 Tel. 3107716709.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4/12/25 En (municipio, país): Bmanga,

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Griselle Yuley Moreno Acevedo Edad 33

Dirección e información de contacto:

Cra 50A # 57-78 Tel. 3025966349

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Johanna Lea Camargo Edad 39

Dirección e información de contacto:

Cra 20 # 104-30 Tel. 3188660097

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Johan Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liseth P. Chacon Roa Edad 46

Dirección e información de contacto:

Clle 109 #15A-16 Tel. 3013888853

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Johan Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nelly Garcia Cañaveda Edad 46

Dirección e información de contacto:

cl 106, 21A-46 Tel. 3156798011

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Patricia Hernandez Mendoza Edad 34

Dirección e información de contacto:

Cra 33 #32-54 Tel. 3177006486

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rita Isabel Barrera Carvel. Edad 50 años

Dirección e información de contacto:

Cra 30 #32-60 Aurora Tel. 3124826556

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

Firma: Rita Isabel 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lyz Valeria Losada Sayes Edad 24

Dirección e información de contacto:

Cra 37 #30-22 La Aurora. Tel. 3219696993.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y. en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lina Marcela Plata Rodelo Edad 40

Dirección e información de contacto:

cll 158 #30-22 Tel. 3028481506

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

Firma: Lina Marcela Plata 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:
Adriana Patricia Escalante Edad 37 años

Dirección e información de contacto:
Adriana Patricia Escalante Tel. 3122390399

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ulisa Fernanda Espinel Mendoza. Edad 29 Años.

Dirección e información de contacto:

El Country Masaj / Floridablanca. Tel. 3174015423.

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

Firma: ULISA ESPINEL.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Cindy Tatiana Ramirez Delgado Edad 38 años

Dirección e información de contacto:

cra 8 # 64-22 c. 55 Tel. 3008737542

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

Firma: CINDY RAMIREZ

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliano Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dayanna Lizeth Cabrera Gonzalez Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Cra 5 #3-23 / Piedecuesta Tel. 3185143163

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

Firma: Dayanna 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Mario Paula Fernandez Jaimes Edad 28

Dirección e información de contacto:

Calle 90 #21-97 Tel. 3007833087

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jazmin Prada Rodriguez Edad 39

Dirección e información de contacto:

Clle 26 #2-28 Tel. 3183418161

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

Firma: Jazmin 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:
Carlos Mejia Correa Edad 36 años

Dirección e información de contacto:
Cs Pablo VI Bucaramanga Tel. 3155406219

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

Firma: Carlos 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Ximena Masmela Rincon Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Conjunto Bellomonte - Floridablanca Tel. 3158673883

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nathalia Patiño Duarte. Edad 25 años.

Dirección e información de contacto:

UIMIST - Isabu. Tel. 3017417139.

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

Firma: Nathalia P.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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yenny Carolina Pereira Rojas Edad 36 años.

Dirección e información de contacto:

Centro de salud comuneros ISABU Tel. 3162735771.

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

Firma: Yenny Pereira 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Mary Cala Edad 37.

Dirección e información de contacto:

Cra 23 # 27-51 (Fl blanco) Tel. 3156861302.

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

Firma: Luz Mary 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juan Pablo Rueda Pereira Edad 39

Dirección e información de contacto:

Cra 15 #52-21 Tel. 3215061020

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Brigheth Mishell Parra Vera Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

Cra 24 # 35-191 Tel. 3186643022.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Juan Carlos Acuña Barrygos Edad 61

Dirección e información de contacto:

Trav. 154 # 24- 125 (Floridablanca) Tel. 3044691702

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

Firma: Juan Carlos Acuña 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Isabella Gresin Torres Edad 23 años

Dirección e información de contacto:

Calle 104 i # 6-26 Tel. 3204791505

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

Firma: Isabella Gresin 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Camila Alejandra Velasco Hernandez. Edad 26.

Dirección e información de contacto:

Calle 11 # 25-72 apto 1004 Tel. 3223140094.

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

Firma: Camila Velasco.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angélica María Rueda Serrano Edad 30

Dirección e información de contacto:

Cra 25 # 14-61 Tel. 3183304493

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yarina Natalie Trujillo Mora Edad 30 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Cra 16f # 1c09 - Tel. 3185730028.

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

Firma: Yarina 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tatiana Velasquez Natalia Edad 26.

Dirección e información de contacto:

Tv 93 #34-180 Tel. 3103433176.

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

Firma: Tatiana V.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

N

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliano Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jimeza Vega R. Edad 48.

Dirección e información de contacto:

Calle 45 # 16cc - 199 Tel. 3118255867.

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

Firma: Jimeza Vega 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Matthew Steven Rodriguez Otero Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

Cra 36 #36-56, tel 3012348878 Tel. 3012348878

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma:_____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nicolle T Lozano Rueda Edad 28

Dirección e información de contacto:

Calle 1a # 32 96. Tel. 3162633171

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

Firma: Nicolle Lozano.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliano Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Camila Vega Babosa Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

ISABU Tel. 3166922987

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ligia Rosa Gómez Cáceres Edad_____

Dirección e información de contacto:

Kra 22 #35-49 Apto 302 Tel. 3112174468

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

Firma: Ligia Rosa Gómez 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____/____/____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Liana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jhuly Andrea Bonilla Sanabria Edad 37 Años

Dirección e información de contacto:

Cll A # 24-46 Apt 401 Altos del Lim Tel. 3163396633.

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

Firma: J. Bonilla.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato; tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lady Tatiana Raba Cáceres Edad 27.

Dirección e información de contacto:

Calle 9 #15-65 Tel. 3222606011

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

Firma: TATIANA RABA 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angie Nataly Trejos Nuñez Edad 25

Dirección e información de contacto:

Cra 1B # 45a-24 Tel. 3147832254

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Carolina Pinto Velandia Edad 25

Dirección e información de contacto:

Calle 32 # 21 - 89 Antonia Santos Tel. 3182438011

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 4/12/25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Samanta Sala Ruiz Edad 39

Dirección e información de contacto:

_____ Tel. 318 456 0999

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

Firma: Ana Samanta Sala 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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María del Pilar Rodriguez Edad 40

Dirección e información de contacto:

Cl 70 # 12-173 Este Casa 26 Mallorca Tel. 3232803460

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kenny Margonta Trujillo Edad_____

Dirección e información de contacto:

B/td Tel. 3105314681

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: 04 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Patricia Farfar Edad 71

Dirección e información de contacto:

B/ta Tel. 3157825043.

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

Firma: Patricia Farfar

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Daniela Ochoa Porras Edad 29

Dirección e información de contacto:

Cll 105 #17-176 Provenza club T1-608 Tel. 3150668835.

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: 05 / 12 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliano Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Valentina Wanduraga Vargas Edad 26

Dirección e información de contacto:

FOSCAL Tel. 3204886010

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

Firma: Valentina Wanduraga

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	CERTIFICADO DE PERMANENCIA	CÓDIGO	AP-AI-RG-114
		VERSIÓN	9
		FECHA DE APROBACIÓN	11/11/2022
		PÁGINA	1 de 1

EL SUSCRITO: Linda Salazar Grimaldos

CARGO: Profesional Universitaria

ENTIDAD: Secretaria de Salud de Santander

CERTIFICA QUE:

La doctora María del Pilar Rodríguez Vásquez identificada con cédula de ciudadanía N° 41.688.144 de Bogotá y la doctora Kenny Margarita Trujillo Ramírez identificada con cédula de ciudadanía N° 51.975.238 de Bogotá _ PERMANECIERON EN LA CIUDAD DE Bucaramanga DURANTE LOS DÍAS 1,2,3,4 Y 5 de diciembre DEL AÑO 2025.

FUNCIONARIO QUE CERTIFICA: 84886.

CORREO ELECTRONICO Y/O TELEFONO DE CONTACTO: 3175122797

Se expide en Bucaramanga a solicitud del interesado para trámite respectivo ante la Gobernación de Santander a los 5 días del mes de Diciembre del presente año 2025.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA No. 01

Fecha: 18/11/2025 **Hora:** 2:00 Pm **Lugar:** Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresa (UIMIST)

Orden del día

1. Presentación del equipo de trabajo de la secretaria de salud Hospital universitario de Santander a la IPS.
2. Explicación sobre la metodología a utilizar en la asistencia técnica.
3. Desarrollo de la asistencia técnica en los servicios donde se atienden niñas y niños menores de 5 años.
4. Resumen de los principales hallazgos de la visita de asistencia técnica presencial y acuerdos para continuar el proceso de fortalecimiento de capacidades y asistencia virtual con análisis de casos.

Desarrollo de la Reunión

1. Se presenta el equipo y la metodología de la asistencia presencial a realizar. La visita es atendida por el equipo de la ESE ISABU (Enfermeras Leidy Rodríguez Enfermera Unidades Hospitalarias, Silvia Fernanda Guerrero Marciales Enfermera Consulta Externa, Alba Rocío Ortíz Martínez Enfermera Salud Infantil, Rafael Méndez Pediatra, Fabián Céspedes Coordinador Médico, Karen Álvarez Ingeniera Biomédica)
2. Se desarrolla la visita de asistencia técnica presencial aplicando los formularios que complementan la autoevaluación realizada a través de los formatos entregados durante la asistencia técnica virtual y que fueron diligenciados oportunamente por la institución y allegados al equipo consultor para su análisis.
3. Adicionalmente se verifican algunos de los hallazgos registrados en la autoevaluación, explicando al equipo dónde están las brechas y el porqué de la importancia de registrarlas y gestionarlas en los diferentes niveles.
4. Se realiza el análisis de la historia clínica que previamente la institución reportó como parte de su proceso de autoevaluación para mostrar la correlación entre este instrumento y la adherencia al lineamiento.
5. Se realiza recorrido verificando por cada servicio/ consultorio los equipos antropométricos. Pendiente verificación de las hojas de vida de cada uno, las cuales serán remitidas vía correo electrónico para revisión.
6. Se realiza el cierre de la asistencia presencial resaltando la relevancia de la autoevaluación, la cual debe mostrar las brechas y logros concretamente para ser llevados al plan de mejoramiento/ sostenibilidad, sobre el cual se podrán ir verificando los avances a la adherencia al lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Actualizar autoevaluación usando los hallazgos del análisis de la historia clínica,	28/11/2025	Fabián Cespedes Coordinador Médico

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Diligenciar el Plan de Mejoramiento/ sostenibilidad con base en la autoevaluación actualizada.	28/11/2025	Equipo participante de la visita
Actualizar los soportes a la autoevaluación según revisión realizada.	28/11/2025	Alba Rocío Ortiz Martínez Enfermera Salud Infantil
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en Desnutrición Aguda para menores de 5 años.	21/11/2025	Directora Unidades Hospitalarias
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en relactancia	19/11/2025	Directora Unidades Hospitalarias

Siendo las 6:00 p.m. se levanta la asistencia técnica y en constancia se anexa el registro de reunión del 18/11/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

María Del Pilar Rodríguez Vásquez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Kenny Margarita Trujillo Ramírez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Fabián Cespedes
Coordinador Médico Unidades Hospitalarias
Participante IPS

Rafael Méndez CC 91. 242 852 BGA
Pediatra
Participante IPS

Alba Rocío Ortiz Martínez
Enfermera Salud Infantil.
Participante IPS

Patricia Pitta C
Patricia Pitta Colmenares
Coordinadora de Nutrición.
Participante IPS

Silvia Guerrero
Silvia Fernanda Guerrero
Coordinadora de Nutrición.
Participante IPS

Leydi Jazmín Rodríguez Caballero
Enfermera Unidades Hospitalarias
Participante IPS

	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	12/05/26
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitano | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 18 de Noviembre del 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____ | Tema: Resolución 2350 del 2020

			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	MINORIA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Patricia Pitto C	63558247	X				Bucaramanga ISABU	Nutricionista	3164643798	nutricion a2 isabu.gov.co									Patricia Pitto
2	Fernanda Guerrero	1005105861	X			24	B/manga ISABU	Enfermera lider	3154267183	C.externa.especializado@isabu.gov.co									Fernanda G.
3	Karen Alvarez Reyes	1044272069.	X			31	B/manga ISABU	Ing biomedica	3202351092	mantenimientobiomedicoisabu@gmail.									
4	Leydi J. Rodriguez Caballero	63.544.585	X.			42	Bucaramanga.	Enfermera.	3208019195	leydenadriguez2002@gmail.com									
5	Alba Rocio Ortiz Martinez	63.561110	X			40	Bucaramanga ESE ISABU	Enfermero Salud Infantil	3106897451	Salud.infantil@isabu.gov.co									
6	Lina Paola Cordoba Tapias	1065609930	X			36	Bucaramanga SSD.	Enfermera Auditora	3006724039	lptapias@hotmail.com				X			X		
7	Kenny Trujillo	5197 5238	X			55	HUS	consultora	3105514681	Kmargarita trujillo@gmail.com							X		
8	Patricia Farias	41682552	X			71	HUS	Enfermera Consultora	3157825043	docenciacosime@yahoo.es							X		
9	Dr. Gr Medrano	4168 174	X				HUS.	Gerontologa	3232503420	lilamadrigal@gmail.com									
10	Dr. Fabian Andres Cepeda.	1098677728		X		36	ISABU.	coordinador Medico	3165151928	coordinacion.medica@isabu.gov.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).

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.

Tratamiento de Datos

Gobernación de Cundinamarca	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	12/05/25
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: | Hora: 2:00pm

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350 -2020

			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	MINORIA DE LOS AMERICANOS	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	U R B A N O	R U R A L	FIRMA / HUELLA
1	Rafael Mañdez	91.242.852		X		60	Bmanga Isabú	Pediatra	3164687293	rhmenser@unab.edu.co							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-Ceguora(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).

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. Tratamiento de Datos

ISABU e.s.e | INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION:12-07-2024
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 1 - 1
	VERSION: 4	REVISO Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

UNIDAD INTERMEDIA MATERNO INFANTIL SANTA TERESA (UIMIST)

CERTIFICA QUE

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VÁSQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, contratistas E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresa de Bucaramanga, durante el día 18 de noviembre de 2025, brindando asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Se expide a solicitud de las interesadas a los dieciocho (18) días del mes de noviembre de 2025.

Alba Rocio Ortiz Martinez
Lider en Salud Infantil
Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresa
Bucaramanga Santander

Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA No. 02

Fecha: 19/11/2025 **Hora:** 8:00 Am **Lugar:** Clínica Foscal Piedecuesta - centro comercial de la cuesta local 315

Orden del día

1. Presentación del equipo de trabajo de la secretaria de salud Hospital universitario de Santander a la IPS.
2. Explicación sobre la metodología a utilizar en la asistencia técnica.
3. Desarrollo de la asistencia técnica en los servicios donde se atienden niñas y niños menores de 5 años.
4. Resumen de los principales hallazgos de la visita de asistencia técnica presencial y acuerdos para continuar el proceso de fortalecimiento de capacidades y asistencia virtual con análisis de casos.

Desarrollo de la Reunión

1. Se presenta el equipo y la metodología de la asistencia presencial a realizar. La visita es atendida por la enfermera Andrea Ximena Masmela Rincón y la doctora Diana Katherine Saiz Mantilla.
2. Se desarrolla la visita de asistencia técnica presencial aplicando los formularios que complementan la autoevaluación realizada a través de los formatos entregados durante la asistencia técnica virtual y que fueron diligenciados oportunamente por la institución y allegados al equipo consultor para su análisis.
3. Adicionalmente se verifican los temas relacionados con equipos antropométricos y software de clasificación antropométrica, explicando al equipo dónde están las brechas y el porqué de la importancia de registrarlas y gestionarlas en los diferentes niveles. Los equipos no están de acuerdo con lo requerido en la resolución 2465/16, por tanto es necesario hacer el ajuste correspondiente.
4. Se realiza el análisis de la historia clínica que previamente la institución reportó como parte de su proceso de autoevaluación para mostrar la correlación entre este instrumento y la adherencia al lineamiento.
5. Es necesario revisar cómo será el proceso para tener disponibles los insumos de acuerdo con la resolución 2350 que permitan hacer la estabilización de los pacientes detectados.
6. Se solicitan los soportes de capacitación a la líder de consulta externa que entregará a la jefe Ximena para incluir en el Drive de la institución.
7. Se realiza el cierre de la asistencia presencial resaltando la relevancia de la autoevaluación, la cual debe mostrar las brechas y logros concretamente para ser llevados al plan de mejoramiento/ sostenibilidad, sobre el cual se podrán ir verificando los avances a la adherencia al lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años.

COMPROMISOS

Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	2 de 2

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Actualizar autoevaluación usando los hallazgos del análisis de la historia clínica,	05/12/2025	Andrea Ximena Masmela Rincón.
Diligenciar el Plan de Mejoramiento/ sostenibilidad con base en la autoevaluación actualizada.	05/12/2025	Andrea Ximena Masmela Rincón.
Actualizar los soportes a la autoevaluación según actualización realizada incluyendo todo lo relacionados con equipos antropométricos e insumos para el manejo de la DA según la resolución 2350.	05/12/2025	Andrea Ximena Masmela Rincón.
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en Desnutrición Aguda para menores de 5 años.	21/11/2025	Andrea Ximena Masmela Rincón.
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en relactancia	21/11/2025	Andrea Ximena Masmela Rincón.

Siendo las 12:00 m. se levanta la asistencia técnica y en constancia se anexa el registro de reunión del 19/11/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

María Del Pilar Rodríguez Vásquez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Andrea Ximena Masmela Rincón.
Participante IPS

Kenny Margarita Trujillo Ramírez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Diana Katherine Saiz Mantilla Participante IPS

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: 19 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: Resolución 2350 - 2020

			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	KENNY TRUJILLO	51975238	X				HUS	COUSELTOR	310-5574681	Kmargarita trujillo@gmail.com							X		
2	Pilar Rodriguez	41688144	X				HUS	Consultora	3233503420	pilar.rodriguez vargas@gmail.com							X		
3	Patricia Farias J.	41682552	X				HUS	Consultora	3157825043	docenerocasimi @yahoo.es							X		
4	Diana Katherine Jait Mantilla	1098780766	X				Foscal	Médico	3183692390	medico.pgp pyp @foscal.com.co							X		Diana K. Jait M
5	Andrea Ximena Masmela R.	1098803951	X				Foscal	Enfermera PyP	3158673883	spublica.pgp @foscal.com.co							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: Física(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.

Clínica FOSCAL

LA CLÍNICA FOSCAL PIEDECUESTA

CERTIFICA QUE

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VÁSQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, contratistas E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en la Clínica Foscal Piedecuesta, durante el día 19 de noviembre de 2025, brindando asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Se expide a solicitud de las interesadas a los diecinueve (19) días del mes de noviembre de 2025.

Diana K. Saiz M.

Diana Katherine Saiz Mantilla
Médico de apoyo PyP
Clínica Foscal Piedecuesta

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	18/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA No. 03

Fecha: 20/11/2025 **Hora:** 2:00 Pm **Lugar:** Clínica Foscal Floridablanca

Orden del día

1. Presentación del equipo de trabajo de la secretaria de salud Hospital universitario de Santander a la IPS.
2. Explicación sobre la metodología a utilizar en la asistencia técnica.
3. Desarrollo de la asistencia técnica
4. Acuerdos para continuar el proceso de autoevaluación y fortalecimiento de capacidades para el equipo de la institución.

Desarrollo de la Reunión

1. Se presenta el equipo consultor y al equipo de la institución que tendrá la responsabilidad de avanzar en la implementación del lineamiento para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años (resolución 2350). La visita es atendida por Adriana Villabona Mosquera Jefe de Gestión de Calidad.

2. Dado que la institución requiere adelantar la autoevaluación del grado de implementación del lineamiento y a la fecha aún no lo han adelantado, se decide presentar durante el espacio de la visita los instrumentos en detalle que se han dispuesto para el proceso. Explicando que el diligenciamiento de éstos con sus soportes les permitirá tener una medición objetiva que los lleve a plantear el plan de mejoramiento/ sostenibilidad.

3. Se acuerda como fecha de remisión de los formatos y documentos de soporte el 15 de diciembre de 2025 con el fin que el equipo consultor tenga la oportunidad de hacer retroalimentación al plan definido por la institución.

4. Se realiza el cierre de la asistencia presencial resaltando la relevancia de la autoevaluación, la cual debe mostrar las brechas y logros, concretamente para ser llevados al plan de mejoramiento/ sostenibilidad, sobre el cual se podrá ir verificando avances institucionales en la adherencia al lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Realizar la autoevaluación diligenciando todos los formatos allegados,	15/12/2025	Adriana Villabona
Diligenciar el Plan de Mejoramiento/ sostenibilidad con base en la autoevaluación actualizada.	15/12/2025	Adriana Villabona
Allegar los soportes a la autoevaluación según actualización realizada incluyendo todo lo relacionados con equipos antropométricos (fotos de cada consultorio, fichas técnicas, certificados de calibración y mantenimientos preventivos y correctivos) e insumos para el manejo de la	15/12/2025	Adriana Villabona

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	2 de 2

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
DA según la resolución 2350.		
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en Desnutrición Aguda para menores de 5 años.	21/11/2025	Adriana Villabona
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en relactancia	21/11/2025	Adriana Villabona

Siendo las 5:00 pm se levanta la asistencia técnica y en constancia se anexa el registro de reunión del 20/11/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

María Del Pilar Rodríguez Vásquez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Adriana Villabona Mosquera
Jefe de Gestión de Calidad.
Participante IPS

Kenny Margarita Trujillo Ramírez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

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: 20 de Noviembre del 2025 | Hora: 2:00 Pm

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Adriana Villabona Mosquera.	63.544.605	X			42	Floridablanca. FOSCAL	Jefe Gestión Calidad.	3168674129	adriana.villabona@foscal.com.co.							X		
2	Karen Aliza Ariza	1095834582	X			27	Floridablanca Foscal	Enfermera Clinica	3145262046	karenariiza7@gmail.com							X		
3	Leidy Yasmin Nuñez Martinez	1095834100	X			28	Floridablanca Foscal	Enf Estandarizacion Clinica	3167709003	enfermera.estandarizacion2@foscal.com.co							X		
4	Margaret Becerra Velásquez	27591469	X			45	Floridablanca Foscal	Sub6 de Gestión Clínica	3212524092	margaret.becerra@foscal.com.co							X		
5	Juan Diego Cañón	1016196865		X		28	Foscal	no estamos aqui	3102558752	[illegible]							X		
6	Juan Sebastian Rivera	1017730084		X		30	Foscal / Floridablanca	Coordinador Farmacia	3173705643	juan.rivera@foscal.com							X		
7	Gisthon F. Gonzalez A.	1101689152		X		34	Foscal	Lider de Infectados	3132620935	Gisthon.Gonzalez@foscal.com.co							X		
8	Gesell Silva Estevez	1098712016	X			32	FOSCAL	Coord. Calidad	3156335199	enfermera.calidad@foscal.com.co							X		
9	Marlon Fabián Mantilla M.	1102382977		X		28	Foscal	Auditor de Calidad	3003923982	Auditor.Calidad@Foscal.Com.CO.							X		
10	Jaime Jose Martinez A	91'266.557		X			Floridablanca FOSCAL	JEFE DPTO MATERNO INFANTIL	3163707496	Coordinacion.pediatria@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.

Gobernación de Cundinamarca

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: 20 de Noviembre del 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderado y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Kenny Margarita Trujillo	51975238	X				Bmanga	Consultora	3105514681	kmargaritatrujillo@gmail.com				X			X		
2	Maria del Pilar Rodrigz	41688144	X				Bmanga	Consultora	3232503420	Pilar.rodriguezvargas@gmail.com				X			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.

Clínica FOSCAL 50 AÑOS

ACREDITACION EN SALUD

LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL FLORIDABLANCA

CERTIFICA QUE

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VÁSQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, contratistas E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en la Clínica Foscal Piedecuesta, durante el día 20 de noviembre de 2025, brindando asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Se expide a solicitud de las interesadas a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2025.

ADRIANA VILLABONA MOSQUERA

Jefe de Gestión de Calidad.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA No. 04

Fecha: 21/11/2025 **Hora:** 8:00 Am **Lugar:** E.S.E Clínica Girón

Orden del día

1. Presentación del equipo de trabajo de la secretaria de salud Hospital universitario de Santander a la IPS.
2. Explicación sobre la metodología a utilizar en la asistencia técnica.
3. Desarrollo de la asistencia técnica en los servicios donde se atienden niñas y niños menores de 5 años.
4. Resumen de los principales hallazgos de la visita de asistencia técnica presencial y acuerdos para continuar el proceso de fortalecimiento de capacidades y asistencia virtual con análisis de casos.

Desarrollo de la Reunión

1. Se presenta el equipo y la metodología de la asistencia presencial a realizar. La visita es atendida por la doctora Jesica Mejía y las Jefes Melisa Guerrero y Jesica Mogollón.
2. Se desarrolla la visita de asistencia técnica presencial aplicando los formularios que complementan la autoevaluación realizada a través de los formatos entregados durante la asistencia técnica virtual y que fueron diligenciados oportunamente por la institución y allegados al equipo consultor para su análisis.
3. Adicionalmente se verifican algunos de los hallazgos registrados en la autoevaluación, explicando al equipo dónde están las brechas y el porqué de la importancia de registrarlas y gestionarlas en los diferentes niveles. Se requiere actualizar esta autoapreciación e incluir soportes de capacitación como plan y protocolo, ruta, etc.
4. Se realiza el análisis de la historia clínica que previamente la institución reportó como parte de su proceso de autoevaluación para mostrar la correlación entre este instrumento y la adherencia al lineamiento.
5. Se realiza recorrido verificando por cada servicio/ consultorio los equipos antropométricos. Pendiente verificación de las hojas de vida de los equipos donde se hace atención a los menores de 5 años, las cuales serán remitidas vía correo electrónico para revisión, al igual que las fotos de cada consultorio donde se atiende esta población.
6. Se recomienda continuar con la disponibilidad de Anthro en los consultorios, urgencias y Sivigila.
7. Se realiza el cierre de la asistencia presencial resaltando la relevancia de actualiza la autoevaluación, la cual debe mostrar las brechas y logros concretamente para ser llevados al plan de mejoramiento/ sostenibilidad, sobre el cual se podrán ir verificando los avances a la adherencia al lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Actualizar autoevaluación usando los hallazgos del análisis de la historia clínica y visita a servicios.	28/11/2025	doctora Jesica Mejía
Diligenciar el Plan de Mejoramiento/ sostenibilidad	28/11/2025	doctora Jesica Mejía

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	2 de 2

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
con base en la autoevaluación actualizada.		
Actualizar los soportes a la autoevaluación según actualización realizada.	28/11/2025	doctora Jesica Mejía
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en Desnutrición Aguda para menores de 5 años.	21/11/2025	doctora Jesica Mejía
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en relactancia	19/11/2025	doctora Jesica Mejía

Siendo las 12:00 m. se levanta la asistencia técnica y en constancia se anexa el registro de reunión del 21/11/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

María Del Pilar Rodríguez Vásquez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión.

Rosa Carmiña Domínguez Lengerke
Participante IPS

Kenny Margarita Trujillo Ramírez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Ruben Andres Reyes Rueda
Director Operativo de Servicios Ambulatorios
Clínica Girón E.S.E
Participante IPS

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: GIRON | Fecha: 21 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350 del 2020

			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	Joseph Kalik Luna	1040487776		X			Giron Clinica Girón	Asesor de Calidad	3152748799	insalmedical@gmail.com				X			X		Joseph Kalik.
2	Pilar Rodriguez	41688144		X			B/manga HUS.	Consultora	3232508720	Pilar.rodriguezpaguez@gmail.com				X			X		
3	Amy Lorayne Galazar	1098625788	X				Giron. SLS.	Ref. SAT	3184560999	amysalud999@hotmail.com.				X			X		
4	Natalia Bayona Ch.	1091277784	X			29	Giron Clinica Giron.	Dirección operativo.	3123172150	nataliayanne@gmail.com.									
5	Patricia Faria	41682552	X				SDS Hisnuevo	Consult	3157825043	doemniaasimi@yahoo.es				X			X		
6	Wilelh Melissa Guerrero	1098804099	X			28	Clinica Giron	Jefe Enferme	3174243862	Riesgocardiovascular@				X			X		Melissa G.
7	Rosa Dominguez L	63501812	X				Clinica Giron	Nutricia	3142566079	nutricia12200@gmail.com									
8	Jessica Mogollón G	1102720743.	X				Clinica Girón.	Enfermera	3149499933	Saludpublica@clinicagiron.gov.co				X			X		
9	Kenny Trujillo	5199238	X				HUS	Consultor	3105574681	Kmargarita Trujillo@gmail.com				X			X		
10	Yessica P. Mejia O.	1095441690	X				Clinica Giron	Direccion de calidad	3167755442	Calidad@clinicagiron.gov.co				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	6
		FECHA DE APROBACION	12/05/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Giron | Fecha: 21 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350 - 2020

			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	Rubén A Reyes P	1095996181		X		29	Giron Clinica Giron	Director Op.	3217693852	Coordinador medicogiron.gov.co							X		
2	Luisa Fernanda Espinel M.	1098781017.	X			29	Giron Clinica Giron.	Coordinación Médica.	3174015423.	coordinacion giron@ vivasalud.co							X		
3	Ma Fernanda Estupiñan	1098693313	X			39	Giron Clinica	Coordinadora Enfermeria	3126994478	lefau2622@gmail.com							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.

CLÍNICA GIRÓN E.S.E
Progresa la Salud

LA E.S.E CLINICA DE GIRON

CERTIFICA QUE

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VASQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en la E.SE Clínica DE Girón, durante el día 21 de noviembre de 2025, brindando asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Se expide a solicitud de las interesadas a los veintiún (21) días del mes de noviembre de 2025.

RUBÉN ANDRÉS REYES RUEDA
Director Operativo de Servicios Ambulatorios
Girón, Santander

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 3

ACTA No. 05

Fecha: 21/11/2025 **Hora:** 2:00 pm **Lugar:** Centro Médico Colsubsidio

Orden del día

1. Presentación del equipo de trabajo de la secretaria de salud Hospital universitario de Santander a la IPS.
2. Explicación sobre la metodología a utilizar en la asistencia técnica.
3. Desarrollo de la asistencia técnica en los servicios donde se atienden niños menores de 5 años.
4. Resumen de los principales hallazgos de la visita de asistencia técnica presencial y acuerdos para continuar el proceso de fortalecimiento de capacidades y asistencia virtual con análisis de casos.

Desarrollo de la Reunión

1. Se presenta el equipo y la metodología de la asistencia presencial a realizar. La visita es atendida por la enfermera
2. Se desarrolla la visita de asistencia técnica presencial aplicando algunos de los formularios que complementan la autoevaluación realizada a través de los formatos entregados durante la asistencia técnica virtual y que fueron diligenciados oportunamente por la institución y allegados al equipo consultor para su análisis.
3. Se realiza recorrido verificando por cada servicio/ consultorio los equipos antropométricos. Pendiente verificación de las fotos de los consultorios donde se atienden a niños y niñas para anexar a la carpeta. Entre los hallazgos del tema se encuentra que los computadores e historia no cuentan con el software Anthro-OMS instalado. Software que permite hacer la clasificación específica del puntaje Z de los indicadores Peso/ Talla, Talla/edad, que es lo reglado por la Resolución 2350/2000.
4. Se realiza el cierre de la asistencia presencial resaltando la relevancia de la autoevaluación, la cual debe mostrar las brechas y logros concretamente para ser llevados al plan de mejoramiento/ sostenibilidad, sobre el cual se podrán ir verificando los avances a la adherencia al lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años.
5. Programar la entrevista a los profesionales de salud que atienden los menores de 5 años: medico, enfermera y pediatra a través de una reunión virtual el día 28 de noviembre de 2025.
6. Programar análisis de historia clínica, con el equipo de médico, enfermera y pediatra a través de una reunión virtual el día 28 de noviembre de 2025.
7. Se programará la entrevista con la responsable de vigilancia para el 28 de noviembre a las 7:30 am – 8:00 am.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Actualizar autoevaluación	10/12/2025	Enfermera Magda Flórez

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	2 de 3

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
usando los hallazgos del análisis de la historia clínica,		
Diligenciar el Plan de Mejoramiento/ sostenibilidad con base en la autoevaluación actualizada.	10/12/2025	Enfermera Magda Flórez
Actualizar los soportes a la autoevaluación según actualización realizada.	10/12/2025	Enfermera Magda Flórez
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en Desnutrición Aguda para menores de 5 años.	24/11/2025	Enfermera Magda Flórez
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en relactancia	28/11/2025	Enfermera Magda Flórez
Programar la entrevista, como participantes el medico la enfermera y el pediatra por medio de una reunión virtual del día 28 de noviembre de 2025.	24/11/2025	Enfermera Magda Flórez
Programar análisis de historia clínica, como participantes el medico la enfermera, pediatra y Nutricionista (reunión virtual para el 28 de noviembre de 2025).	24/11/2025	Enfermera Magda Flórez
Se programará una entrevista con la responsable de vigilancia (28 de noviembre a las 7:30 am – 8:00 am).	24/11/2025	Enfermera Magda Flórez

Siendo las 6:00 pm. se levanta la asistencia técnica y en constancia se anexa el registro de reunión del 21/11/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

María Del Pilar Rodríguez Vásquez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Sonia Jhanneth Sandoval
Enfermera
Participante IPS

Kenny Margarita Trujillo Ramírez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

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: 21 de Noviembre del 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

				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	Sonia Sandoval T	63513674		X				B/manga	Enfermera	3175726715	pep.cmbucaramanga@cdssubsidio.com						X	X		
2	Angela Andrea Navarro	63551514		X				B/manga	Farmaceuta	3013323331	almacen.cmbucaramanga@cdssubsidio.com							X		
3	Kenny Trujillo	57975238		X				B/manga	Consultora	3105514681 57975238	Kennycol@Hotmail.com							X		
4	Maribel Rodriguez	46681414		X				B/manga	Consultora	3232509420	Maribelrodriguez2@gmail.com							X		
5	Patricia Farfan	41'682552		X				B/manga	Consulta	3157825043	Docencia asistencial@yahoo.es							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.

salud Colsubsidio

EL CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO

CERTIFICA QUE

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VÁSQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en el Centro Médico Colsubsidio, durante el día 21 de noviembre de 2025, brindando asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Se expide a solicitud de las interesadas a los veintiún (21) días del mes de noviembre de 2025.

Sonia Janneth Sandoval Tarazona
Bucaramanga, Santander

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA No. 06

Fecha: 24/11/2025 **Hora:** 8:00 Am **Lugar:** Centro de salud con camas el Danubio

Orden del día

1. Presentación del equipo de trabajo de la secretaria de salud Hospital universitario de Santander a la IPS.
2. Explicación sobre la metodología a utilizar en la asistencia técnica.
3. Desarrollo de la asistencia técnica en los servicios donde se atienden niñas y niños menores de 5 años.
4. Resumen de los principales hallazgos de la visita de asistencia técnica presencial y acuerdos para continuar el proceso de fortalecimiento de capacidades y asistencia virtual con análisis de casos.

Desarrollo de la Reunión

1. Se presenta el equipo y la metodología de la asistencia presencial a realizar. La visita es atendida por la enfermera Andrea Sampayo Escaño y Angie Lizeth González Diaz
2. Se desarrolla la visita de asistencia técnica presencial aplicando los formularios que complementan la autoevaluación realizada a través de los formatos entregados durante la asistencia técnica virtual y que fueron diligenciados oportunamente por la institución y allegados al equipo consultor para su análisis quedando pendiente el anexo de la historia clínica, la ficha técnica de los equipos, la evidencia fotográfica de los equipos y el formato de capacitación.
3. En el servicio de urgencia compartir la carpeta de consulta externa donde tiene toda la documentación actualizada.
4. Se realiza el análisis de la historia clínica que previamente la institución reportó como parte de su proceso de autoevaluación para mostrar la correlación entre este instrumento y la adherencia al lineamiento.
5. Realizar ajustes en los tallímetro de los consultorios instalados a la pared incluyéndoles la guía correspondiente
6. Se realiza recorrido verificando por cada servicio/ consultorio los equipos antropométricos. Pendiente verificación de las hojas de vida de cada uno, las cuales serán remitidas vía correo electrónico para revisión.
7. Se realiza el cierre de la asistencia presencial resaltando la relevancia de la autoevaluación, la cual debe mostrar las brechas y logros concretamente para ser llevados al plan de mejoramiento/ sostenibilidad, sobre el cual se podrán ir verificando los avances a la adherencia al lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Actualizar autoevaluación usando los hallazgos del análisis de la historia clínica,	28/11/2025	Karen Dayana Urrutia Escaño
Diligenciar el Plan de Mejoramiento/ sostenibilidad con base en la autoevaluación actualizada.	28/11/2025	Karen Dayana Urrutia Escaño
Actualizar los soportes a la autoevaluación según actualización realizada.	28/11/2025	Karen Dayana Urrutia Escaño

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	2 de 2

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en Desnutrición Aguda para menores de 5 años.	24/11/2025	Karen Dayana Urrutia Escaño
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en relactancia	24/11/2025	Karen Dayana Urrutia Escaño

Siendo las 10:00 am. se levanta la asistencia técnica y en constancia se anexa el registro de reunión del 24/11/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

María Del Pilar Rodríguez Vásquez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Karen D Urrutia Escaño
Karen Dayana Urrutia Escaño
Participante IPS

Kenny Margarita Trujillo Ramírez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Andrea Sampayo Escaño
Andrea Sampayo Escaño
Participante IPS

Angie Gonzalez Diaz.
Angie Lizeth Gonzalez Diaz
Participante IPS

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: Yariguíes | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 24 de Noviembre del 2025 | Hora: 8'00am

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: Resolución 2350-2020

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+)	DIFERENCIAL: DISCAPACIDAD	DIFERENCIAL: ETNIA	DIFERENCIAL: NINGUNA DE LAS ANTERIORES	DIFERENCIAL: VICTIMAS DEL CONFLICTO	DIFERENCIAL: OTROS	CONTEXTO: URBANO	CONTEXTO: RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Delfida Maria Arrieta Hernández	1096202701	X			35	B/bermeja ESEB	Medico	3205238070	delfidamelaa@gmail.c									
2	KAREN DAYANA URRUTIA ESTANO	63.561.238	X			40	B/BERMEJA	ENFERMERA	3115504171	coordinacionPYP@esebarrancabermeja.gov.co							X		
3	Jazberth Andrea Sampayo Escorcia	1.096.219.499	X			32	B/bermejo ESEB	Enfermera	3024240200	esdanubio eseb@ymail.com							X		
4	Pilar Rodriguez	41658147	X			70	B/manga	Promotora	3232503420	pilarrodriguezvasquez@gmail.com									
5	Tania Marcela Gómez	1214747573	X			26	B/bermeja	Nutricionista	3178873943	marcelagomez1409@gmail.com							X		
6	Patricia Farias Jimenez	41682552	X			71	H.U.S B/manga	Enfermera	3157825043	docenciaasuni@yahoo.es							X		
7	Angie Gonzalez Diaz	1096205809	X			35	ESEB Barrancaberm	Enfermera.	3144054060	angiegonzalezdi@hotmail.com.							X		
8	Kenny Margonta Trujillo	51975238	X				B/manga	Consultora	3232503420	Kmargontatrujillo@gmail.com									
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.

Empresa Social del Estado
Barrancabermeja

SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD
NIT. 829.001.846-6
Código prestador 6808100707

EL CENTRO DE SALUD EL DANUBIO DE BARRANCABERMEJA

CERTIFICA QUE

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VÁSQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, contratistas de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en el centro de salud el Danubio de Barrancabermeja, durante el día 24 de noviembre de 2025, brindando asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Se expide a solicitud de las interesadas a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre de 2025.

KAREN DAYANA URRUTIA ESCAÑO
Profesional Especializado En El Área De Salud De Rutas De Promoción Y Mantenimiento De La Salud.
Barrancabermeja, Santander

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA No. 07

Fecha: 24/11/2025 **Hora:** 10:00 Am **Lugar:** FORPRESALUD

Orden del día

1. Presentación del equipo de trabajo de la secretaria de salud Hospital universitario de Santander a la IPS.
2. Explicación sobre la metodología a utilizar en la asistencia técnica.
3. Desarrollo de la asistencia técnica en los servicios donde se atienden niñas y niños menores de 5 años.
4. Resumen de los principales hallazgos de la visita de asistencia técnica presencial y acuerdos para continuar el proceso de fortalecimiento de capacidades y asistencia virtual con análisis de casos.

Desarrollo de la Reunión

1. Se presenta el equipo y la metodología de la asistencia presencial a realizar. La visita es atendida por la enfermera Natalia Michell Cortina Huertas de forma presencial y el doctor Diego Alejandro Diaz de forma virtual.
2. Visita de asistencia técnica presencial aplicando los formularios que complementan la autoevaluación realizada a través de los formatos entregados durante la asistencia técnica virtual y que fueron diligenciados oportunamente por la institución y allegados al equipo consultor para su análisis quedando pendiente el anexo de la historia clínica, evaluar en el plan de acción construir un plan de capacitación incluyendo inducción y reinducción.
3. Revisar en todos los computadores el software del anthro para la definición de los casos.
4. Se realiza el análisis de la historia clínica que previamente la institución reportó como parte de su proceso de autoevaluación para mostrar la correlación entre este instrumento y la adherencia al lineamiento.
5. Realizar ajustes en los tallímetro de los consultorios instalados a la pared incluyéndoles la guía correspondiente.
6. Se realiza recorrido verificando por cada servicio/ consultorio los equipos antropométricos, dejado recomendaciones frente a pesa bebes su capacidad no aplica para niños de 5000 o más gramos (consultorio 102 y nutrición).
7. Se realiza el cierre de la asistencia presencial resaltando la relevancia de la autoevaluación, la cual debe mostrar las brechas y logros concretamente para ser llevados al plan de mejoramiento/ sostenibilidad, sobre el cual se podrán ir verificando los avances a la adherencia al lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Actualizar autoevaluación usando los hallazgos del análisis de la historia clínica,	02/12/2025	Natalia cortina Huertas

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	18/08/2017
		PÁGINA	2 de 2

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Actualizar el Plan de Mejoramiento/ sostenibilidad con base en la autoevaluación actualizada.	02/12/2025	Natalia cortina Huertas
Actualizar los soportes a la autoevaluación según actualización realizada.	02/12/2025	Natalia cortina Huertas
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en Desnutrición Aguda para menores de 5 años.	24/11/2025	Natalia cortina Huertas
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en relactancia	02/12/2025	Natalia cortina Huertas
Instalar el software del anthro en todos los computadores donde se atienden a niños y niñas de 0 a 59 meses de edad	02/12/2025	Natalia cortina Huertas

Siendo las 1:30 pm. se levanta la asistencia técnica y en constancia se anexa el registro de reunión del 24/11/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

María Del Pilar Rodríguez Vásquez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Natalia Michell Cortina Huertas
Enfermera de salud publica
Participante IPS

Kenny Margarita Trujillo Ramírez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

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 Noviembre del 2025 | Hora: 10:00am

Objetivo: Asistencia tecnica en la implementacion del lineamiento para el manejo de la desnutricion aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Elicio Rodriguez	1604491		X		33	Barrancabermeja Forpresalud	Medico general	3213516116	elicioxx@gmail.com				X	100		X		
2	Natalia Cortina H	1010152828	X			24	Bcabja. forpresalud	Enfermera	3017603288	enfermeria2.barranca@forpresalud.com.co				X	No		X		
3	Evelin Rueda T.	1.096.231.660	X			30	Forpresalud.	Aux Enfermeria	3222227756.	Enfermeria2.barranca@forpresalud.com.co				X			X		
4	Patricia Forero Jimenez	41682552	X			71	SBS HUC	Consultora	3157825043	doerqueadrini@yahoo.es				X			X		
5	Tania Marcela Gómez Cadena	1214749573	X			26	Barranca bermejal.	Nutricionista	3178879348	marcelagomez1404@gmail.com				X			Y		Tania Gómez
6	Pilar Rodriguez	41688124	X			70	B/manga	Bacteriologa	3232503420	Pilar.rodriguez lopez@gmail.com				X			X		PPD
7	Indira Lanza H	1143167731	X			26	Barranca	Nutricionista	3005179278	Indiralanza 1a@gmail.co				X			X		
8	Laura Maria Prada M.	37840414	X			44	B/bermejo	enfermera Profesional	3118657827	laurapradal$@hotmail.Com.				X			X		
9	Kenny Margarita Trujillo	51975238	X				B/manga	Contratista	3105514681	Kmargarita.trujillo@gmail.com									
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.

ForpreSalud IPS
CONFIANZA Y BIENESTAR

FORPRESALUD IPS BARRANCABERMEJA

CERTIFICA QUE

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VÁSQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, contratistas de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en el FORPRESALUD de Barrancabermeja, durante el día 24 de noviembre de 2025, brindando asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Se expide a solicitud de las interesadas a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre de 2025.

Natalia Michell Cortina Huertas
Enfermera FORPRESALUD.
Barrancabermeja, Santander

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA No. 08

Fecha: 24/11/2025 **Hora:** 02:30 Pm **Lugar:** Unidad Clínica la Magdalena

Orden del día

1. Presentación del equipo de trabajo de la secretaria de salud Hospital universitario de Santander a la IPS.
2. Explicación sobre la metodología a utilizar en la asistencia técnica.
3. Desarrollo de la asistencia técnica en los servicios donde se atienden niñas y niños menores de 5 años.
4. Resumen de los principales hallazgos de la visita de asistencia técnica presencial y acuerdos para continuar el proceso de fortalecimiento de capacidades y asistencia virtual con análisis de casos.

Desarrollo de la Reunión

1. Se presenta el equipo y la metodología de la asistencia presencial a realizar. La visita es atendida por la enfermera Andrea Rincón Hernández.
2. Visita de asistencia técnica presencial aplicando los formularios que complementan la autoevaluación pendiente de realizar por el equipo de la clínica a través de los formatos entregados durante la asistencia técnica virtual.
3. En el desarrollo de las entrevistas se evidencia que los equipos antropométricos disponibles no cumplen con lo establecido en la resolución 2465/16, situación a corroborar una vez entreguen las fotos y hojas de vida correspondientes.
4. Confirmar y garantizar la instalación del Software Anthro de la OMS para clasificación nutricional que exige la norma para definición de caso de DNA.
5. Es clave que se revisen el talento humano pendiente de actualización en el Lineamiento para el manejo de la DNA de acuerdo con la resolución 2350/2020 y se programen para asistir a las próximas sesiones programadas en Barrancabermeja en diciembre de 2025.
6. Se realiza el cierre de la asistencia presencial resaltando la relevancia de la autoevaluación, la cual debe mostrar las brechas y logros concretamente para ser llevados al plan de mejoramiento/ sostenibilidad, sobre el cual se podrán ir verificando los avances a la adherencia al lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Adicional al proceso de capacitación del talento humano que es trascendental para avanzar en el tema.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Realizar la autoevaluación usando los hallazgos del análisis de la historia clínica y de insumos,	05/12/2025	Andrea Rincón Hernández
Actualizar el Plan de Mejoramiento/ sostenibilidad	05/12/2025	Andrea Rincón Hernández

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
con base en la autoevaluación actualizada.		
Anexar los soportes de la autoevaluación según actualización realizada.	05/12/2025	Andrea Rincón Hernández
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en Desnutrición Aguda para menores de 5 años.	28/11/2025	Andrea Rincón Hernández
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en relactancia	28/11/2025	Andrea Rincón Hernández
Instalar el software del Anthro en todos los computadores donde se atienden a niños y niñas de 0 a 59 meses de edad	05/12/2025	Andrea Rincón Hernández

Siendo las 6:00 pm. se levanta la asistencia técnica y en constancia se anexa el registro de reunión del 24/11/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

María Del Pilar Rodríguez Vásquez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Andrea Rincón Hernández
Enfermera.
Participante IPS

Kenny Margarita Trujillo Ramírez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

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: 29 de Noviembre del 2025 | Hora: 2:30pm

Objetivo: Asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X ____ Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Rocio Diaz S	63.301.604	X				B/bermeja SDS	Nutricionista	317-4478886	rdcds@outlook.es				X			X		
2	Laura Maria Prada Y.	37840414	X				SDS B/bermeja	Enfermera Profesional	3118688727	laurapradal8@hotmail.com				X			X		
3	Andrea Rincón H	33'367329	X				UCM B/bermeja	Enfermero profesional	3202787796	Nepidemiologanco@clinicalamagdalena.com				X			X		
4	Astrid Diaz Solano	63534180	X				UCM B/bermeja	MEDICA AUDITORA	3178541754	astrid.auditoria@gmail.com				X			X		
5	Patricia Fasiolino	41'682552	X				SSA. HUS	Consultora	3157825043	fonsenciaad@yahoo.es				X			X		
6	Dina Porto	1066728665	X				Barrancabermeja	Pediatra	3028679765	dinakarporto@hotmail.com			X				X		
7	Kenny Margarita Trujillo	51975238	X				B/manga	Consultora	3105514681	kmargarita trujillo@gmail.com				X			X		
8	Maria del Pilar Rodriguez	41688144	X				B/manga	Consultora	3232503420	Pilar.RodriguezJosgue@gmail.com				X			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.

Unidad Clínica
La Magdalena S.A.S
Tu salud, nuestro compromiso

Cayena Azul

UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA IPS BARRANCABERMEJA

CERTIFICA QUE

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VÁSQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, contratistas E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en la unidad clínica la magdalena de Barrancabermeja, durante el día 24 de noviembre de 2025, brindando asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Se expide a solicitud de las interesadas a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre de 2025.

Andrea Rincón Hernández

Unidad clínica la magdalena
Barrancabermeja, Santander

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	18/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA No. 09

Fecha: 25/11/2025 **Hora:** 08:00 Am **Lugar:** E.S.E Hospital regional del Magdalena medio.

Orden del día

1. Presentación del equipo de trabajo de la secretaria de salud Hospital universitario de Santander a la IPS.
2. Explicación sobre la metodología a utilizar en la asistencia técnica.
3. Desarrollo de la asistencia técnica en los servicios donde se atienden niñas y niños menores de 5 años.
4. Resumen de los principales hallazgos de la visita de asistencia técnica presencial y acuerdos para continuar el proceso de fortalecimiento de capacidades y asistencia virtual con análisis de casos.

Desarrollo de la Reunión

1. Se presenta el equipo y la metodología de la asistencia presencial a realizar. La visita es atendida por la ingeniera Katia Mier González y el Doctor Mauricio Vesga Niño.
2. Visita de asistencia técnica presencial aplicando los formularios que complementan la autoevaluación que fue entregada por el equipo de la clínica junto con los demás formatos que recibieron como parte de la asistencia técnica virtual.
3. En el desarrollo de las entrevistas se evidencia que los equipos antropométricos disponibles para mayores de 24 meses no cumplen con lo establecido en la resolución 2465/16, situación que ya están subsanando con nuevas adquisiciones.
4. En términos de la estabilización de pacientes entre diagnóstico y manejo es recomendable revisar el proceso para mejorar la oportunidad, entendiendo que el caso es detectado por médico general que puede manejarlo integralmente sin demoras por temas de interconsultas adicionales.
5. Es clave que se revisen el talento humano pendiente de actualización en el Lineamiento para el manejo de la DNA de acuerdo con la resolución 2350/2020 y en relactancia, y se programen para asistir a las próximas sesiones programadas en Barrancabermeja en diciembre de 2025.
6. Se realiza el cierre de la asistencia presencial resaltando la relevancia de la autoevaluación, la cual debe mostrar las brechas y logros concretamente para ser llevados al plan de mejoramiento/ sostenibilidad, sobre el cual se podrán ir verificando los avances a la adherencia al lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Adicional al proceso de capacitación del talento humano que es trascendental para avanzar en el tema.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Actualizar la autoevaluación usando los hallazgos del análisis de la historia clínica	02/12/2025	Katia Mier González

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
y de insumos,		
Actualizar el Plan de Mejoramiento/ sostenibilidad con base en la autoevaluación actualizada.	02/12/2025	Katia Mier González
Anexar los soportes de la autoevaluación según actualización realizada.	02/12/2025	Katia Mier González
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en Desnutrición Aguda para menores de 5 años.	28/11/2025	Mauricio Vesga Niño
Definir los profesionales que asistirán al fortalecimiento de capacidades en relactancia	28/11/2025	Mauricio Vesga Niño

Siendo las 10:45 m. se levanta la asistencia técnica y en constancia se anexa el registro de reunión del 25/11/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

María Del Pilar Rodríguez Vásquez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Katia Mier González
Ingeniera Calidad
Participante IPS

Kenny Margarita Trujillo Ramírez
Consultora secretaria de salud de Santander y hospital universitario.
Quien lidera la Reunión

Mauricio Vesga Niño
Subgerente científico
Participante IPS

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 Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Asistencia tecnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____ | Tema: Resolución 2350-2020

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	Katya Mier Gonzalez	1096233906	X			30	Barrancabermeja ESE HRMM	Profesional de calidad	3124771453	calidad hospital regional@gmail.com									
2	Tatiana Galvez.	1140816019.	X			37	Barrancabermeja HRMM.	Nutricionista	3157490135	Tatiana galvezbastillo @ gmail. com.									
3	MAURICIO OSGA M.	91496721		X		48	HRMM.	MEDICO SUBDIRECTOR	3158762369	subdireccion@esehospitalrmm.gov.co									
4	Xiomara Gonzalez	1092688943	X			32	HRMM	Enfermera	3013478389	Saludpublicahrmm@Gmail.com									
5	ANA OROPEZA LEON	CE 571514	X			41	HRMM	PEDIATRA	3185549958	ANA.OROPEZALEON@gmail.com									
6	Rocio Diaz	63301.604	X				Bucaramanga SDS	Nutricionista	3174438886	rdcds@outlook.es				X			X		
7	Patricia Faria Jimenez	41'682552	X				HU. SDS -	Consultora	3157825043	drpeneraatrimi @ Yahoo.es				X			X		
8	Kerry Trujillo	51975236	X			55	Bucaramanga SDS	asesores	3105574681	KerryCol @Hotmail.com							X		
9	Paola Rodriguez	41688744	X			36	HUSOS Bucaramanga	Consultora	3233585420	paola.rodriguez@gmail.com				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 ningun tercero de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012.

HospitalRegional	CERTIFICACION PROCESO: GESTION DE ASESORIA JURIDICA *Versión: 001* *Fecha de Emisión:12/06/2017*	DES-FR016

EL SUSCRITO SUBGERENTE CIENTIFICO, RESOLUCIÓN No. 137 DE FECHA 09 OCTUBRE DE 2025 DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO Y SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 255-2025 SUSCRITO EL ONCE (11) DE JULIO DE DOS MIL VEINTICINCO (2025)

CERTIFICA:

La profesional MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ VÁSQUEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.688.144 de Bogotá y la profesional KENNY MARGARITA TRUJILLO RAMIREZ identificada con cédula de ciudadanía No. 51.975.238 de Bogotá, contratistas E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en la E.S.E. Hospital Regional del Magdalena Medio de Barrancabermeja, durante el día 25 de noviembre de 2025, brindando asistencia técnica en la implementación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.

Se expide a solicitud de las interesadas a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de 2025.

Atentamente,

MAURICIO VESGA NIÑO
Subgerente Científica de la E.S.E HRMM
Resolución No. 137 de fecha 09-10-2025

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: 18 de Noviembre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades en la implementación del lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda, moderado y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad con ERA y secretarias de salud

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____ | Tema: Resolución 2350-2020

				GENERO			CICLO DE VIDA							INTERSECCIONALIDAD												
												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	Ana Paola Cordoba Tapias	1065609930		X			36	Bucaramanga SSD.	Enfermera Auditora	3006724039	lptapias@hotmail.com				X			X								
2	Lucy Bell Vega Orozco	49761264					52	B/Manga SSD.	Notificador Ref. BUA	3205201247	lucy7010@hotmail.com.						X	X								
3	Karen Melissa Carreño Millan	1098770939		X			30	Bga FCV	Enfermera	3168020588	karencarreño@fcv.org							X								
4	Yesica A. Silva	1098711714					34	B/manga	Enfermera Ref. vacunación	3102931423	yesica.silva@vacunacion.com.co				X											
5	Sonia Sandoval Bayona	63513674		X			49	B/manga	Enfermera Colsubsidio	3175726715	pep.cmbucaramanga@colsubsidio.com				X			X								
6	Alix Conde	1050034600					39	B/manga Subsidiado	Prof Salud Publica	3187290474	alixconde@saludvida.org				X			X								
7	Lisbeth Ximena Tarazona Morales	1233339428		X			26	B/manga IPS Redsalud	Enfermera	3204276370	Directorips.caracol@redsalud.com				X			X								
8	Maria Cristina Suescun	63450752.		X			46	Secretaria Salud Piedecuesta.	Aux. Enfermera SAN.	3008217472	danielyesteban1971@gmail.com				X			X								
9	Jazmith Martinez	37555546		X			47	Secretaria S. Bcalba	Profesional Universit Ref. SAN.	3143443532	jazmith.martinez@barrancabermeja.gov.co				X			X								
10	Amy Samanta Gelvez	1098625288		X			39	Giron SLS.		3184560919	amysamy9191@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.

Republica de Colombia
Gobernación de Santander

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

CODIGO	AP-A1-RG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 18 de Noviembre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades en la implementación del lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses con ERA y secretarias de salud

Tipo de Actividad: Asistencia Técnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____ | Tema: Resolución 2350-2020

			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 Carolina Montelo M.	63560368	X			41	Bga - IMAP.	Enfermera	3108759754	dianamontelo@fcvo							X	X		
2	Milan Villazon	37728857	X			46	EPS Sanitas Bga	Enfermera	3046143535	anmvillazon2@epssanitas.com							X	X		
3	Nancy Veladia H	63303521	X			55	SSD	Nutricia	3186509862	nutricionvelodiassd@gmail.com							X			
4	Nelly Garcés C.	37745807	X			45	Pta - salud.	Nutricionista	3156788011	sancaldaspredecuntg@gmail.com							X	X		
5	KEVIN TRUJILLO	51975238	X			55	HUS	ND CONSULTORA	3105514681	I-kmargarita.trujillo@gmail.com							X	X		
6	Patricia Farias	41682552	X			71	HUS	Enf Consultora	3157825043	docenciaasimilados							X	X		
7	Angela Arenas B.	63555294	X			40	Secretaria Salud Bga.	Nutricionista	3116164124	amarcenasb@bgagov.							X	X		
8	Andrea Naranjo M.	1102817229	X			39	B/ga - HAB	Ref. SAN	3163697225	jonaranjom@bgagov.co							X	X		
9	Yuly Rodriguez	41688144	X			50	Bga.	Enfermera	3232037409	yi.rodriguezsoppe@gmail.com							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 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tina Paola Cordoba Tapias Edad 36

Dirección e información de contacto:

Cra 20 # 36 - 51 T1 Apt 1303. Tel. 3006724039.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lucy Bell Ueja Q Edad 52.

Dirección e información de contacto:

Condominio Arawk T1 apto Cañaveral Tel. 3205201297.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Melissa Carreño Millán Edad 30 años

Dirección e información de contacto:

Edificio Bora I Girón Tel. 3168020588

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

Firma: Karen 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: 18 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yesica A. Silva Edad 34

Dirección e información de contacto:

Cra 35 # 52-91 Tel. 3102934423

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sonia Janneth Sandoval Tarazona Edad 49 años

Dirección e información de contacto:

Cra 29 # 41-37 Antiguo Girardot 3175726715

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Alix Conde Diaz Edad 39 años

Dirección e información de contacto:

Calle 31 #28-48 Tel. 3187290474.

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

Firma: Alix Conde 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: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lisbeth Ximena Torrero Edad 26

Dirección e información de contacto:

Calle 30a 23-94 Tel. 3204276370

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

Firma: Ximena Torrero

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 · En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Cristina Suescun Manrique. Edad 46 años

Dirección e información de contacto:

Secretaria de Salud P/ta. Tel. 3008174472.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jarmeth Martinez Gabriel Edad 47

Dirección e información de contacto:

Cra 15 #59-44 Pueblo Nuevo Barbosa Tel: 3143443532

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 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Amy Samanta Gabaon Edad 39.

Dirección e información de contacto:

Secretaria local de Salud Giron Tel. 3184760999.

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

Firma: Amy.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Carolina Mañeto Martinez. Edad 41

Dirección e información de contacto:

Cll 53 # 31-29 Tel. 3108759759

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

Firma: Dianamartinez

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Milena Villamizar Edad 46.

Dirección e información de contacto:

Cra. 33 #54-14 Tel. 3046143535

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

Firma: M. Lena 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: 18 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nancy Yolanda Herrera Edad 55

Dirección e información de contacto:

SSD. Cll 45 # 11-42 Tel. 3186503862

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nelly Garcés Cardenas Edad 47 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 106, 21P-46 Tel. 3156798011

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

• Kenny M. Tinjaca R. Edad • 55

Dirección e información de contacto:

• TV 5 #87-59 Tel. • 3105574681

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

Firma: •

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Patricia Farfán Jimenez Edad 74 A.

Dirección e información de contacto:

Cra 55A Nº 168A-11 Int. 1 502 Tel. 3157825043
Bogotá

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

Firma: Patricia Farfán

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Angela Arenas Barrera Edad 40

Dirección e información de contacto:

cra 17 # 3-35 Tel. 3116164124

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

Firma: Angela

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): B/bg

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Naranjo Mejia Edad 39

Dirección e información de contacto:

Cll. 28 #3T-170 Tel. 316-3697227

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edad 40

Dirección e información de contacto:

Hotel Buena Vista Tel. 3222803470

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	CERTIFICADO DE PERMANENCIA	CÓDIGO	AP-AI-RG-114
		VERSIÓN	9
		FECHA DE APROBACIÓN	11/11/2022
		PÁGINA	1 de 1

EL SUSCRITO: Linda Salazar Grimaldos

CARGO: Profesional Universitaria

ENTIDAD: Secretaria de Salud de Santander

CERTIFICA QUE:

La doctora María del Pilar Rodríguez Vásquez identificada con cédula de ciudadanía N° 41.688.144 de Bogotá y la doctora Kenny Margarita Trujillo Ramírez identificada con cédula de ciudadanía N° 51.975.238 de Bogotá _ PERMANECIERON EN LA CIUDAD DE Bucaramanga DURANTE EL DÍA 18 de noviembre del año 2025.

FUNCIONARIO QUE CERTIFICA: SP SS 6

CORREO ELECTRONICO Y/O TELEFONO DE CONTACTO: 3175122797

Se expide en Bucaramanga_ a solicitud del interesado para trámite respectivo ante la Gobernación de Santander a los 18 días del mes de _Noviembre del presente año 2025.

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: 20 de Noviembre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 4 horas en relactancia

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

			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	Jeimy Alejandra Suarez Arteaga	1001 411 5414	X			23	San Gil. Hbs.	Enfermera Profesional GCO	3112125 41001	Enfermera PSuarez @gmail.com				X			X		
2	Leidy Yamile Cabanzon	1098602053	X			40	B/manga	Enfermera PyP	3118520848	leyamy203 @ gmail.com				X			X		
3	Lucy Bell Reyes Orozco	49.761.269.	X			52	B/manga. SSD.	Nutricionista Ref. DNT. Ayuda.	3205701297	Lucy7010 @ hotmail.com						X	X		
4	Lidy Lineth Torres J.	1005480220	X			24	Fosca l	enfermera PyP	3224498459	Enfermera. pyp cabecera@fosca l. com.co						X	X		Lidyjaimes
5	Yasmin Calalamo	37946961	X			48	FOSca l	Auxiliar enfermera	3158242343	Ycalalamo@gmail. com.							X		Ycalalamo.
6	Yaneris Romero Ortiz	1099542332.	X			29	Fosca l	Auxiliar Enfermer.	3213599046	Yany2718@hotmail.com							X		
7	Edna Isabel Gonzalez Bueno	63.333.656	X			58	Bucaramanga e. San Luis	Enfermera Planthom	3168768655	edna-bonny-gonzalez@ hotmail.com							X		Gonzalez
8	Natalia Pinzón Pinto		X			27	Hospital Regional San Gil	Psicóloga	3012135581	p.natalia1210@gmail. com							X		Natalia
9	Eyleen Castillo Acero	1099548452	X			34	Hospital de San Gil.	Nutricionista	3028508477	excos3108@gmail. com							X		
10	Isabella Velasco	1005460862	X			25	Clinica Girón ESE	Enfermera R. M. P.	3222460421	gestantes@ clinica giron.gov.co				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.

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: 20 de Noviembre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 4 horas en relactancia

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: Resolución 2350-2020

N°	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	Karen Yised Diaz Carrillo	1005290596	X			23	Bucaramanga	Enfermera	3012118251	Karendcarrillo988@gmail.com							X		
2	Linda Lizeth Perez Ayala	1098779143	X			29	Bucaramanga	Médico	3172971610	lizeth091@hotmail.							X		
3	Yessica Andrea Herrera Galviz	1095948681	X			28	IPS Girasalud Clínica Giron	Medico	3212445525	jeandreag7@gmail.com							X		
4	María Camila Cardozo	1098803402	X			28	IPS Girasalud Clínica Giro	Enfermera	3163941344	clinicenfermeria@gmail.							X		
5	Nelly Reyes C.	37741841	X			46	Predecesta ssalud	Auxiliar enfermeria	3156798011	gmail.com sandra.diaz.predecesta							X		
6	Cindy Alejandra	1099779350	X			36	CS Jota ESE ISABU		3109116739	cyola.isabu.gov							X		
7	Liseth Patricia Ch.	23424106	X			46	CS libertad ESE ISABU	enfermera	3073085653	Cslibertad@gm.isabu.							X		
8	Dolly Stella Pinzon	37.726.642	X			40	ESE ISABU	Apoyo Salud Inf	3206044457	Apoyosalud.isa@gmail.c							X		
9	Liliana Delgado	63942806	X			51	Alcaldía Bucaramanga	Apoyo Salud Infant	3176686146	lilidela@hotmail.com							X		
10	Nancy Velandia H	63303521	X			37	SSP	Nutricion	3186503862	nutricion.velandia ssa@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: Bucaramanga | Fecha: 20-11-2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 4 horas en relactancia

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Resolución 2350-2020

			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+)	DIS CAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Maria Cristina Sarmiento	63450752	X			46	Secretaria dcpto.	Aux de Enf.	3008217472	daniel y esteban 1979@gmail.com							X		
2	Diana P. Acevedo C.	63449801	X			48	Sangil Hospital local	Médico	3017673006	diany77md@gmail.com							X		
3	Dannal castro F	1100960763	X			33	ESE HRSG sanGil	Enfermera	3245297457	PyP@hregional sangil.gov.co				X			X		
4	Lorena Gil Garcia	1005162745	X			24	San Gil ESE HRS G	Enfermera	3224516556	gilgarciayudith lorena@gmail.com.				X			X		
5	Aydee grimaldos	63299271	X			64	hgsg AMCMFG	Enfermera	3225080 279	aydeegrimaldos @gmail.com				X			X		
6	Dina Porto	1066728665	X			36	Clinica La Magdalena	Pediatra	1066728665	dinakarlaporto@hotmail.com				X			X		
7	Giselle Zulay Moreno Acevedo	1098718812	X			33	ISABU Bmanga	Enfermera	3025966349	giselle.moreno.isabu @gmail.com							X		
8	Dayma Alejandra Santamaria Pineda	1005182483	X			25	Giron IPS Girosalud	Méd.co	3134049949	daypasantamaria 18@gmail.com				X			X		
9	Jessica Paola Hernandez Gomez	1095916220	X			35	Giron IPS Girosalud	Enfermera	3156642049	jhernandez33@ unab.edu.co				X			X		
10	Carmen Jimena Jaimes Gomez	37.270905	X			44	Giron IPS Girosalud	Enfermera	3234895049	Jimenajaimes1 @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.

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: 20 de Noviembre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 4 horas en relactancia

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: Resolución 2350-2020

			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	Lucy Bell Vega Ortiz	49761269					B/manga 350.	Ref-Dllo. Ayuda.	3205201297	lucy2010@hotmail.com.						X	X		
2	Ana María Castro Ospino	1098807435	X			27	B/manga Isabu	Fonoaudiologa.	3183016154	anacastro0826@hotmail.com						X	X		
3	María Alejandra Arias V	1098818117	X			31	B/manga ESE HUS	Referente materno/sub seguridad	3214685503	referentematernidadseguridad@hus.gov.co						X	X		
4	Andrea Muñoz F	1121876345	X			34	Bucaramanga Clinica San Luis	Coordinación Estrategia IAMII	3115046116	iami@clinicasanluis.com				X			X		
5	Jhuly A. Bernal	1095950788	X			37	Bucaramanga-Clinica Sanla	Coord. Nutrición	3163396633	Nutricion@clinicasanluis.com.co.				X			X		
6	Valentina Cristancho G.	1234340702	X			26	Bucaramanga Clinica San Luis.	Nutricionista	3157728449	valentinacristancho99@gmail.com				X			X		
7	Luis Fred Miranda	91538639		f		40	B/ga CMISL.	N y D	3212027272	ndlFmiranda@gmail.com				f			f		Luis Miranda
8	Viviana Estela Moreno	1098642682	X			38	IPS COOMUTRABU	ENFERMERA PYM	3173038908	Viviana.morenoq@gmail.com				X			X		
9	Laura Vanessa Vargas Terrazas	1005156480	X			23	Bucaramanga. ESE HUS	Enfermera IAMII	3154230800	LauraVargas480@gmail.com				X			X		
10	Daniela Duarte Murillo	1100974016	X			26	San Gil HRS	Enfermeja Maternidad	3227322401	danidmo803@gmail.com				X			X		Daniela 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.

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: 20 de Noviembre de 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Desarrollo de capacidades de 4 horas en Relactancia

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: Resolución 2350-2020

N°	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	Johana Samaniego	2000009957	X			39	Bucaramanga	Doula	3015253159	Johanasamaniegoe Hotmail.com							X		
2	Anny Sarata Salazar	1098625288	X			39	Gitan. SLS.	Ref. San	3184560999	anysanty99@hotmail.com				X			X		
3	Paola Rodriguez	41688144	X			70	B/manga.	Consultora	323285420	paola.rodriguezvasquez@gmail.com				X			X		
4	Paula Andrea Aguilar	1088015921	X			32	B/manga	Sala expectación Lactancia Materna	3232057840	paula guitre1993 @hotmail.com				X			X		Paula Aguilar
5	Patricia Farias	41'682552	X			71	B/com	Consultora	3157825243	doctoraacasini@yahoo.es				X			X		
6	Kenny Trujillo	57975238	X			55	B/manga	asesora	3105574681	Kmargarita trujillo@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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): San Gil Santander Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yeimy Alejandra Suarez Arteaga Edad 23 AÑOS

Dirección e información de contacto:

Vda ojo de agua Finca las rosas Tel. 322 2147183.

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

Firma: Yeimy Suarez 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Camila Cabanzo Nova Edad 40 años

Dirección e información de contacto:

Cra 19A #49-04 villaluz / floridablanca Tel. 3185208448

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

Firma: Leidy C. Cabanzo 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Narger

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lucy Bell Ueyu Ruiz Edad 52

Dirección e información de contacto:

Condominio Krank T. 1, Apto Conjunto Tel. 3205201247

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Oscaimanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliano Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lidy Yineth Torres Jaimes Edad 24

Dirección e información de contacto:

Calle 106 #21 A 43 Tel. 3229498459

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

Firma: Lidy 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yasmin Cala Lamus Edad 48 años

Dirección e información de contacto:

El bosque Sector F Torre 2 Tel. 3158242343

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

Firma: Yasmin Cala Lamus

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025. En (municipio, país): Santander. Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yanens Romero Ortiz Edad 39 años

Dirección e información de contacto:

Calle 1 D Bis MZ 1 CASA 47. Tel. 3213599046.

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

Firma: Yanens Romero 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: 10 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edna Isabel Gonzalez Bueno Edad 58 años.

Dirección e información de contacto:

Almeda San Luis. Tel. 3168768655

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

Firma: 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: 20 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Pinzón Pinto Edad 27

Dirección e información de contacto:

Bga Tel. 3012135581

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: 20 / 11 / 205 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juan2 Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Eyleen Judith castillo Atencia Edad 34

Dirección e información de contacto:

cra 2 # 100 -37 Tel. 3028506747

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

Firma: Eyleen Judith Castillo 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: 20 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Isabella Velasco Alvarez Edad 3222480421. 25 años

Dirección e información de contacto:

B/ga Tel._____

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

Firma: Julian 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Yised Diaz Carrillo Edad 23

Dirección e información de contacto:

Cra 22B # 113 -32 Tel. 3012118251

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

Firma: Karen Yised Diaz 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 _____/_____/_____-

500

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliano Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Linda Lizeth Pérez Ayala Edad 29 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 63 # 14B - 28 Tel. 3172971810

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

Firma: Linda Lizeth Pérez 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yessica Andrea Herrera Galviz Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

Diagonal 9 #20-06 Barron Tel. 3212445525

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

Firma: Yessica A. Herrera 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 / 11 / 2025. En (municipio, país): Bucaramanga. , Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Camila Cardozo. Edad 28 años.

Dirección e información de contacto:

Cll 100A # 43-21. Tel. 3196391344.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nelly Cardo Cortazar Edad 46 años

Dirección e información de contacto:

calle 105, 21A-46 Tel. 3156798011

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Cindy Arabón R. Edad 36A.

Dirección e información de contacto:

cll 65 #12w-84 Tel. 3077164139

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liseth P. Chacon Edad 46

Dirección e información de contacto:

cl 109 #15a-16 Tel. 3073885653

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dolly Stella Rincón, T. Edad 46

Dirección e información de contacto:

Calle 705 # 29-164 Tel. 3206047485

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

Firma: Dolly Stella 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: 20/01/2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Iliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Liliana Delgado Alonso Edad 51 años

Dirección e información de contacto:

Calle 30A #23-45 Cabecera Tel. 3176686146.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nancy Velandia H Edad 55

Dirección e información de contacto:

SSD Tel: 3186503862

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Piedecuesta / Bmanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Cristina Suescun. Edad 46 años

Dirección e información de contacto:

Secretaria de Salud Pta Tel. 3008217472.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga - Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana P. Arenas Calderón Edad 48c.

Dirección e información de contacto:

Clle 115 #8-71 Apto 403 Ed. Portal Sto María Tel. 3017073006.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juan2 Vargar

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dinna Castro Figueroa Edad 33

Dirección e información de contacto:

Cll 2 # 4-28 San Gil Tel. 3245297757

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yudith Lorena Gil Garcia Edad 24 años.

Dirección e información de contacto:

Cra 14 #35-14 San Gil Tel. 3224519656

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Johan Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luz Aydee Grimaldos de Soto. Edad 64.

Dirección e información de contacto:

Cll. 64 # 7w-48 T6 Apto1. Tel. 3225080279.

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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga -

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juan Vargas

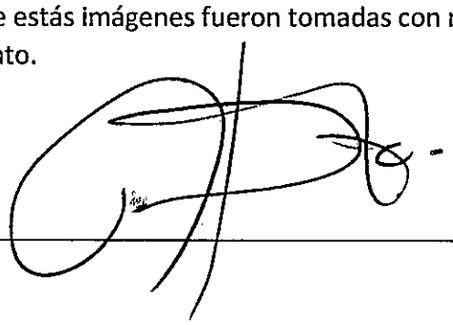
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dina Porto Edad 36 años

Dirección e información de contacto:

Bga 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: 20/ 11 / 25 En (municipio, país): Bmanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juan Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Giselle Zday Moreno Acevedo Edad 33

Dirección e información de contacto:

Cra 50A #57 -18 Tel. 3025966349

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dayma Alejandra santamaria Piñeros Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Cll 201A # 19-61 Tel. 3134049644

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jessica Paola Hernandez Gomez Edad 35

Dirección e información de contacto:

Cra 25 A #26-12 Girón Tel. 3156642049

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

Firma: Jessica Hdez

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2023 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jimena Jaimes Yañez Edad 35

Dirección e información de contacto:

Cll 32 # 25-96 Tel. 3234895049

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

Firma: Jimena Jaimes Y.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Maria Castro Ospino Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Calle 89#17-18 Comuneros Tel. 3183016954

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

Firma: Ana

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2023 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Alejandra Arias Villamizar Edad 31

Dirección e información de contacto:

cra 9 # 3 - 34 apto 307 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea del Pilar Muñoz Fernández Edad 34 años

Dirección e información de contacto:

Cra 11C # 11-03 Torre 3 apto 1001 Tel. 3227116342

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

Firma: Andrea 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juan Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jhuly Andrea Berna/ Edad 34 años

Dirección e información de contacto:

Calle 17 # 24 - 96 Altos del Virrey Tel. 3163396633

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

Firma: J. Berna/

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Valentina Cristancho Gelves Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Avenida los búcaros # 3-35 torre 5 apto 203 Tel. 3157728449.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Fernando Miranda G Edad 40

Dirección e información de contacto:

Cra 42 # 48-12 Apto 301 Tel. 3212027227

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

Firma: Luis Fernando Miranda 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Viviana Estela Moreno Hoyos Edad 38

Dirección e información de contacto:

Cll 153C #22-19 Villa Paola Tel. 3173837708

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga / Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juan Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Vanessa Vargas Tarazona. Edad 23

Dirección e información de contacto:

Ygrader de San Jan Manzana W Casa 17 cuarto Piso Tel. 3154230300

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga | Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daniela Stefani Duarte Mantilla Edad 26

Dirección e información de contacto:

Cll 13 N 20-05 San Gil Tel. 3229322901

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Curso Re lactancia

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Johana Samaniego Edad 39 años

Dirección e información de contacto:

Convas Cr. 28 #60-06 Tel. 3015253159

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

Firma: Johana Samaniego.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20/11/25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juan Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Amy Samanta Salazar Edad 39.

Dirección e información de contacto:

Secretaria Salud Giron. Tel. 3184560999

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

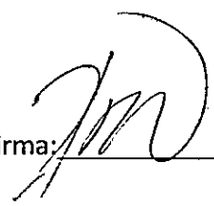
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

[illegible] Edad 70

Dirección e información de contacto:

[illegible] Tel. 3233250547 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Julian Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paula Andrea Aguirre Aguirre Edad 32 años

Dirección e información de contacto:

Cll 105B #15b-40 villa sara Tel. 3232057342

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

Firma: Paula Andrea Aguirre

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vargas

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Patricia Farías Jimenez Edad: 71

Dirección e información de contacto:

CRA 55A N°168 A. 14 Tel. 3157825043

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

Firma: Patricia Farías 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:

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Vergar

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kenny Montuzzo R. Edad: 55

Dirección e información de contacto:

N5 #87-59 Tel.: 3105574681

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

República de Colombia Gobernación de Santander	**CERTIFICADO DE PERMANENCIA**	CÓDIGO	AP-AI-RG-114
		VERSIÓN	9
		FECHA DE APROBACIÓN	11/11/2022
		PÁGINA	1 de 1

EL SUSCRITO: Linda Salazar Grimaldos

CARGO: Profesional Universitaria

ENTIDAD: Secretaria de Salud de Santander

CERTIFICA QUE:

La doctora María del Pilar Rodríguez Vásquez identificada con cédula de ciudadanía N° 41.688.144 de Bogotá y la doctora Kenny Margarita Trujillo Ramírez identificada con cédula de ciudadanía N° 51.975.238 de Bogotá _ PERMANECIERON EN LA CIUDAD DE Bucaramanga DURANTE EL DÍA 20 de noviembre DEL AÑO 2025.

FUNCIONARIO QUE CERTIFICA:

CORREO ELECTRONICO Y/O TELEFONO DE CONTACTO: 3175122797

Se expide en Bucaramanga_ a solicitud del interesado para trámite respectivo ante la Gobernación de Santander a los 20 días del mes de noviembre del presente año 2025.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 6

ACTA No. 02

Fecha: 08/10/2025 **Hora:** 04:00pm **Lugar:** Oficina secretaria de salud de Santander

Orden del día

1. Saludo de inicio de la reunión por parte de la supervisora del contrato Dra. Linda Salazar Grimaldos al equipo técnico.
2. Intervención del equipo técnico explicando como fue el desarrollo de la actividad.
3. Preguntas y dudas por parte de la supervisión
4. Finalización de la reunión

Desarrollo de la Reunión

Saludo de la supervisora del contrato Dra. Linda Salazar Grimaldos al equipo técnico que realizo la actividad la Dra. Ximena Lucelly Sánchez

1. Intervención de la Dra. Ximena Lucelly Sánchez sobre las actividades a realizar.

Objetivo General

Realizar el desarrollo de capacidades en seguridad alimentaria y nutricional en el departamento de Santander a través de la formación, articulación transectorial y la gobernanza local.

Objetivos Específicos:

- Implementar un curso presencial de 16 horas en los municipios de Barrancabermeja, Vélez y Socorro para el desarrollo de capacidades en elaboración del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional con enfoque de derechos invitando al talento humano de las administraciones municipales personal de apoyo técnico y líderes del departamento de Santander.
- Realizar apoyo técnico para la coordinación e implementación de una estrategia de articulación de acciones en Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como la estrategia de escuelas de ciudadanía alimentaria en el marco del derecho humano a alimentación.

Metas:

- En los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2025 haber dinamizado y participado en tres reuniones convocadas por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.
- A diciembre de 2025 haber diseñado y desarrollado tres (3) cursos presenciales de 16 horas en los municipios de Barrancabermeja,

Vélez y Socorro, para el desarrollo de capacidades en la elaboración de los Planes territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional con enfoque de derechos.

- En los meses de septiembre y noviembre de 2025 haber dinamizado y participado en dos reuniones del Comité Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- A octubre de 2025 haber realizado dos reuniones con la unidad de apoyo técnico del Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional para la implementación de la estrategia de articulación de acciones.

Metodología y Estrategias:

De acuerdo con las actividades propuestas se establece implementar las siguientes metodologías y estrategias:

ACTIVIDAD	PRODUCTO	METODOLOGÍA
1. Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	a) Plan de trabajo b) Cronograma c) Calendario mensual de actividades.	• Elaborar plan, cronograma y calendario con el equipo de trabajo de acuerdo con los tiempos de contratación. • Enviar y socializar la propuesta al Hospital Universitario y a la Secretaría de Salud Departamental.
2. Participar en las reuniones periódicas (mínimo 1 mensual) convocadas por supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.	a) Acta de reunión b) Registro de asistencia.	• Definir objetivo y agenda de las sesiones de seguimiento y supervisión. • Acompañar cada reunión y apoyar el desarrollo de estas.
3. Realizar apoyo técnico para la implementación de una estrategia de articulación de acciones en Seguridad Alimentaria y Nutricional y el derecho humano a alimentación, esta actividad se realizará a través de la	a) Informe de actividades, b) Actas de reuniones.	• Convocatoria a la unidad de apoyo técnico del Comité Departamental de SAN. • Desarrollo de dos encuentros interinstitucionales para la socialización y puesta en marcha de la ruta estratégica para la implementación de la Política Pública de Garantía Progresiva de Derecho Humano a la Alimentación. • Elaboración de documento informe en el que se presente

participación en 2 reuniones de la Unidad de apoyo técnico del Comité SAN.		los alcances obtenidos frente a la estrategia de articulación de acciones institucionales en Seguridad Alimentaria y Nutricional y el derecho humano a la alimentación.
4. Realizar apoyo técnico en mínimo 1 reunión del Comité Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	a) Actas de reunión según el caso. b) Registro fotográfico.	• Dinamización para las convocatoria de la I sesión del Comité Departamental de SAN año 2025. • Acompañar el desarrollo de la reunión y elaboración del acta.
5. Realizar tres (3) actividades de desarrollo de capacidades de 16 horas cada una, en elaboración del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional con enfoque de derechos. Estas actividades se realizarán en los municipios Vélez, Socorro y Barrancabermeja, invitando a talento humano de las administraciones municipales personal de apoyo técnico y líderes.	a) Documento del Plan de desarrollo de capacidades b) Informe de actividades c) Evidencias de envío de correos electrónicos d) Registro de asistencia y digitalizado en formato Excel e) Presentaciones visuales f) Evidencia de entrega de documentos de consulta y certificaciones a las personas que asistan a mínimo el 80% de la actividad g) Certificaciones de permanencia.	• Diseñar la matriz general de la actividad de desarrollo de capacidades de 16 horas donde se ubiquen los módulos, objetivos, contenidos, material, herramientas, tiempos, metodología y tipo de actividad. • Convocar a los participantes de los municipios de Santander. • Elaborar los materiales y contenidos por módulos. • Realizar tres (3) actividades de desarrollo de capacidades presenciales de 16 horas en Vélez, Socorro y Barrancabermeja. • Elaborar informe de actividades.
6. Realizar apoyo en la elaboración de un Plan unificado de acciones a favor de la nutrición. Se realizarán dos (2) reuniones de coordinación invitando a la secretaria de	a) Plan Unificado de acciones a favor de la nutrición. b) Formatos de asistencia. c) Registro fotográfico.	• Realizar la concertación y dos convocatorias a la Secretaria de Educación, Secretaria de Desarrollo Social e ICBF para las reuniones de coordinación. • Acompañar el desarrollo del Plan Unificado de acciones a favor de la nutrición.

educación, secretaria de desarrollo social, e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.		
7. Realizar apoyo logístico en una (1) reunión de 4 horas con un grupo focal de líderes y lideresas comunitarias, para implementar la Estrategia Escuelas de Ciudadanía.	a) Apoyo logístico a una reunión. b) Listados de asistencia. c) Registro fotográfico.	• Acompañar logísticamente el desarrollo de un grupo focal de líderes y lideresas comunitarias para implementar la Estrategia Escuelas de Ciudadanía por parte de la Secretaria de Salud Departamental.
8. Se debe contar con autorización de los asistentes, con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	• Diseñar formato de autorización de uso de derechos de imagen. • Diligenciar los formatos de a autorización de uso de derechos de imagen con los participantes del desarrollo de capacidades.
9. Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de las actividades que contenga objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones.	a) Documento de Informe final.	• Recopilar evidencias • Elaborar el documento informe en el que se presente las evidencias y un análisis detallado del desarrollo de las actividades.
10. Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se deberá usar solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría	Se cumple con las especificaciones dadas por la supervisión	Se realiza un listado del material a utilizar en los desarrollos de capacidades

10. Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se deberá usar solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	Se cumple con las especificaciones dadas por la supervisión	Se realiza un listado del material a utilizar en los desarrollos de capacidades
11. Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	Se cumple con las especificaciones dadas por la supervisión	Se realizan las actividades teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.
12. Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: Dos (2) profesionales con formación de post grado y que certifiquen experiencia en Seguridad Alimentaria y Nutricional, un (1) técnico en diseño gráfico, una (1) persona de apoyo logístico.	Selección de la hojas de vida del personal ejecutor del contrato	Revisar cada hoja de vida que cumpla con las especificaciones dadas por el supervisor

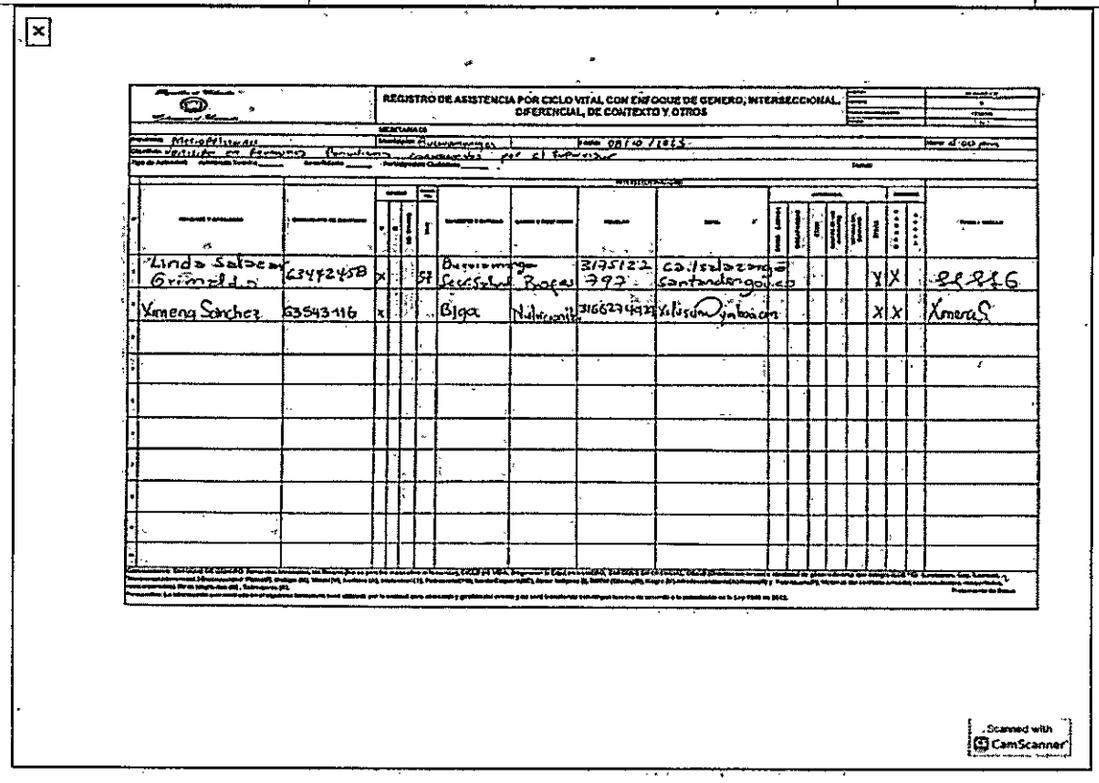
2. Cierre de la actividad: Se dio por finalizado el encuentro y se agradeció a los participantes por su asistencia.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Ejecución de actividades	Octubre 2025 Noviembre 2025 Diciembre 2025	Dra. Ximena Lucelly Sánchez.

Siendo las 5:00 p.m. se termina la reunión del 08/10/2025, con la firma de los asistentes.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	5 de 5



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

Linda Salazar Grimaldo	63472458	x		57	Bucaramanga Secretaria Bienes	3175122 397	ca.lsalazargo Santandergov.co							Y	X		
Ximena Sanchez	63543116	x			Bga	Naturaconta	3166274932	x.lisa@yahoo.com							X	X	Ximena S

Scanned with CamScanner

FIRMAS

Linda Salazar Grimaldos
Supervisora
Lidera la reunión

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	12/05/25
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 08/10/2025 | Hora: 4:00 pm.

Objetivo: Participar en Reuniones Periodicas convocadas por el Supervisor

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana_____ Tema:

			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	Linda Salazar Grimaldo	63442458	X			57	Bucaramanga Secr. Salud. Profes		3175122797	ca.lsalazargo santander.gov.co						X	X		
2	Ximena Sanchez	63543116	x				Bga	Nutricionista	3166274929	Yilusdna@yahoo.com						X	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	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA DE REUNIÓN

Reunión Unidad de Apoyo Técnico del CDSAN

Fecha:	08/10/2025	**Hora:**	2:30 p.m.	**Lugar:**	Sala de reuniones 419 de la Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander

Orden del día

1. Saludo y presentación de los participantes.
2. Introducción a la estrategia de articulación de acciones para la implementación de la PPGPDHA.
3. Socialización de la Ruta de implementación de la PPGPDHA validada en la vigencia 2024.
4. Presentación de los proyectos de la Hoja de Ruta para la Transformación de los Sistemas Alimentarios de Santander.
5. Consolidar una estrategia conjunta a partir de la identificación de sinergias, complementariedades y oportunidades de integración entre los proyectos priorizados.
6. Acuerdos y compromisos.

Desarrollo de la Reunión

Se inicia la reunión de manera presencial con la verificación del quorum, se solicita a cada uno de los asistentes realizar su presentación 4 de las 7 entidades integrantes.

1. Se brinda un saludo a los asistentes y La N.D Ximena Sánchez procede a contextualizar a los miembros de la UAT, en los avances para construcción de la PPPGPDHA, desde el proceso de formulación hasta la fecha, y se realiza la introducción a la estrategia de articulación de acciones para la implementación de la PPGPDHA.
2. Se realiza la presentación de la estrategia de articulación de acciones para la implementación de la PPPGPDHA, mediante la socialización de los 10 programas y 31 iniciativas, 5 macroproyectos, se presentan también, los proyectos estratégicos de la PP-DHA de Santander.
3. El Dr. Pedro María Sanchez Arciniegas, Ingeniero Agrónomo de la UDES realizó la presentación de la Hoja de Ruta para la Transformación de los Sistemas Alimentarios de Santander, el documento completo del diagnóstico de los sistemas alimentarios 2023-2024 se encuentra publicado en la pagina web de FOLU, se determinan como recomendaciones para LA UAT, la importancia de contar con un proyecto de datos para conocer las características del suelo para implementar en el sistema agroalimentario.
   Identificar que proyectos se están desarrollando que estén apuntando a las acciones de la ruta y discutirlos en estos espacios.
   Durante la socialización se identifican algunos programas que se están implementando por la Secretaria de Agricultura.
4. El secretario de Agricultura departamental refiere que se han hecho alianzas y programas que aportan al cumplimiento de la PPGPDHA, y propone articular con las otras secretarias para dar cumplimiento.
5. Se propone invitar a entidades como AGROSAVIA y las Federaciones de Cacao y otras, por ser extensiones económicas, y teniendo en cuenta que se encuentran trabajando en el desarrollo de nuevas semillas de cacao.
6. Se solicitar revisar la viabilidad financiera para poder ejecutar los programas.
7. La funcionaria de la Secretaria de Agricultura refiere que la Contraloría y la mesa técnica nacional les solicito el concepto técnico de las minutas del PAE, ICBF, CARCELES por parte del comité de seguridad alimentaria.
8. Se propone por parte de la UAT iniciar con los proyectos de canasta alimentaria provincial y un Plan unificado de acciones a favor de la nutrición.

Finalmente, se establece la fecha de la primera sesión ordinaria del comité Departamental CEDESAN para el jueves 23 de octubre, a las 8:30 am en las instalaciones de la Sede UIS Bucarica, Salón Rio de Oro.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	18/08/2017
		PÁGINA	2 de 2

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Compartir la Hoja de Ruta para la Transformación de los Sistemas Alimentarios de Santander. a los miembros de la UAT.	Días posteriores a la reunión	N.D Ximena Sánchez

Siendo las 5:30 p.m. se da por terminada la reunión y se deja constancia con la lista de asistencia.





FIRMA

NOMBRE: Lizeth Mayerly Conde Rodríguez
Cargo: Nutricionista y Dietista

Gobernación de Santander

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

CODIGO	AP-AHRG-132
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/08/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 08 de octubre de 2025 | Hora: 2:30 pm

Objetivo: Realizar apoyo técnico a la implementación de una estrategia de articulación de acciones SAN y EHA.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Tema: I Unidad de Apoyo Técnico - CDJAN

			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	FABIO E. CASTELLANOS	13'719252		X		46	Prosperidad Social	Profesional ESE	3156273733	fabio.castellanos@prosperidadsocial.gov.co							X		
2	VICTOR J. AZUERO D.	13824739		X		73	UDES.	DPE	3053081467	Pro. especialej. facultadingu@udes.edu.co							X		
3	PATRICIO LOPEZ-JARAMILLO	CE 286004		X		73	UDES	RECTOR	3153068938	JPLOPEZJ@GMAIL.COM RECTORIA@UDES.EDU.CO							X		
4	Eduardo Ortiz	91105571		X		57	SADER	P. U.	3182925864	Ca.eortiz@santander.gov							X		
5	Jorge Lopez Sanchez	1.098716546	X				Secretaria Planeación Departamental	CPS	3552429 47	Karolysa119@gmail.com							X		
6	Alberto Baicci	91225233		X			UNAD	Docente	3115965310	alberto.baicci@unad.edu.co							Y		
7	Martha Barco H	60-253406		X			UNAD	Docente	3166970140	martha.barco@unad.edu.co							V		Martha Barco H.
8	Elizabeth Caballero Zabala	63.331.557	X				Secretaria de Agricultura	Profesional Universitario	320301 1950	ca.ecaballero@santander.gov.co							X		
9	Maria Daniela Tarazo Martinez	1.102.377913	X				Sec. Agricultura Departamental	CPS	3228999784	mdaniela705@hotmail.com							X		
10	Pedro M. Sánchez A	91203975		X			UDES	Coordinador CDT	3168050121	ped.sanchez@usil.udes.edu.co						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.

Gobernación de Cundinamarca

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: BMANGA | Fecha: 08 DE OCTUBRE DE 2025 | Hora: 2:30 PM

Objetivo: REALIZAR APOYO TECNICO A LA IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA DE ARTICULACION DE ACCIONES SAN Y DOA

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: UNIDAD DE APOYO TECNICO - COJAN

			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	YOHANA GUTIERREZ	1098631609	X				SEC. AGRICULT.	CPS	3015668589	Ygutierrez2012@gmail.				X.					
2	Wilmer Jimenez	91076368					SEC AGRICULTURA	Secretario	3104090196	In.wjimenez@sentender									
3	Luis Emilio Acosta H	13635631		X		41	Secretaria Agricultura	CPS.	3124907639	emiloacosta05. @gmail.com				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(FS), 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	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 3

ACTA DE REUNIÓN

Reunión Unidad de Apoyo Técnico del CDSAN

Fecha:	05/11/2025	**Hora:**	2:00 p.m.	**Lugar:**	Sala de reuniones 7 piso del Hospital Universitario de Santander

Orden del día

1. Saludo y presentación de los participantes.
2. Armonización de la PPGPDHA con la Hoja de Ruta para la Transformación de los Sistemas Alimentarios.
3. Revisión de proyectos a gestionar y sus actores responsables.
4. Acuerdos y compromisos.

Desarrollo de la Reunión

Se inicia la reunión de manera presencial con la verificación del quorum, se solicita a cada uno de los asistentes realizar su presentación 4 de las 7 entidades integrantes.

1. Se brinda un saludo a los asistentes y La N.D Ximena Sánchez procede a contextualizar a los miembros de la UAT, en los avances para construcción de la PPPGPDHA, y el objetivo de armonizar la PPPGPDHA.
2. Se socializa con los participantes lo realizado durante el primer encuentro de la Unidad de Apoyo Técnico, debido a que el Dr. Pedro María Sánchez Arciniegas, Ingeniero Agrónomo de la UDES no pudo asistir no se desarrolló el primer punto que hace referencia a la armonización de la PPPGPDHA y se socializa que la construcción de la escuela de ciudadanía alimentaria se está realizando en Barrancabermeja, también, se está trabajando en la gestión del programa de canasta alimentaria se presentó en el clost de soluciones basadas en la naturaleza y que se realizó una propuesta para la asignación de los recursos para su implementación.
   Se da espacio a la Dra. Jina Jaimes representante de FOLU, para la presentación de la hoja de ruta, en la cual contextualiza lo que ha realizado en los últimos años. A la fecha están trabajando en el mapeo de los actores sociales, y refiere que una de las preocupaciones es que los actores sociales no se diluyan.
   En este espacio el Dr. Eduardo Ortiz de la Secretaria de Agricultura Departamental comenta la situación que se está presentando debido a la falta de apropiación por parte de la Gobernación y la falta de compromiso para garantizar la participación de los actores de la UAT, y propone que estos espacios sean en la Gobernación para la mejorar la participación.
3. La N.D Ximena Sánchez realiza la propuesta de empezar a diseñar los proyectos para que los actores directamente responsables puedan generar el apoyo financiero, y propone postular en el próximo comité del 19 de noviembre que cada Secretaria se apersone de los programas de la ruta para su implementación, la mesa de UAT está de acuerdo con la propuesta y se determina llevar los programas en documentos impresos para entregar directamente a los representantes de cada uno que correspondan.
   El Dr. Alberto García docente de la UNAD sugiere que se de a conocer la gestión para hacer un convenio con la Gobernación, para lo cual queda el compromiso de consultar con el departamento jurídico de la Gobernación una vez se tenga y el Dr. Alberto propone que puede gestionar un asesor de proyectos para la implementación de la ruta, frente a esta

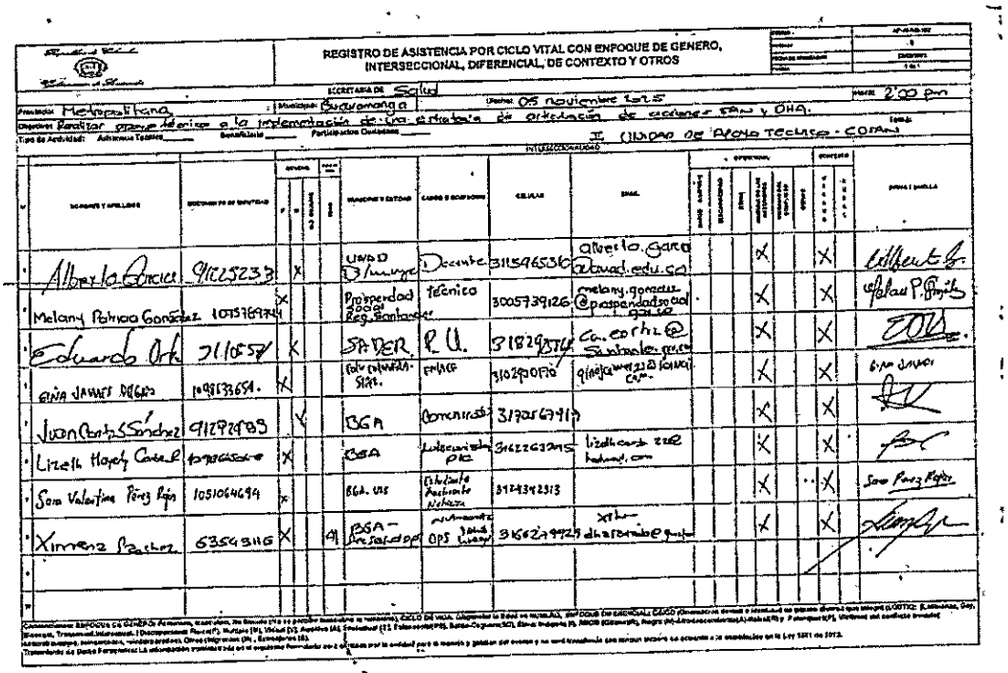
solicitud el Dr. Eduardo Ortiz de la Secretaria de Agricultura Departamental refiere que en la Secretaria se cuenta con un grupo de apoyo para formular los proyectos y ellos se encargan de concretar las ideas y la información que se requiera.

Finalmente, se recuerda la fecha de la segunda sesión ordinaria del comité Departamental CEDESAN para el 19 de noviembre, a las 8:30 am en el auditorio de la UNAD.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Compartir la Hoja de Ruta para la Transformación de los Sistemas Alimentarios de Santander. a los miembros de la UAT.	Días posteriores a la reunión	N.D Ximena Sánchez
Armonización de la PPGPDHA con la Hoja de Ruta para la Transformación de los Sistemas Alimentarios.	En la próxima reunión de UAT	N.D Ximena Sánchez Dr. Pedro María Sánchez Arciniegas, Ingeniero Agrónomo de la UDES

Siendo las 5:00 p.m. se da por terminada la reunión y se deja constancia con la lista de asistencia.



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

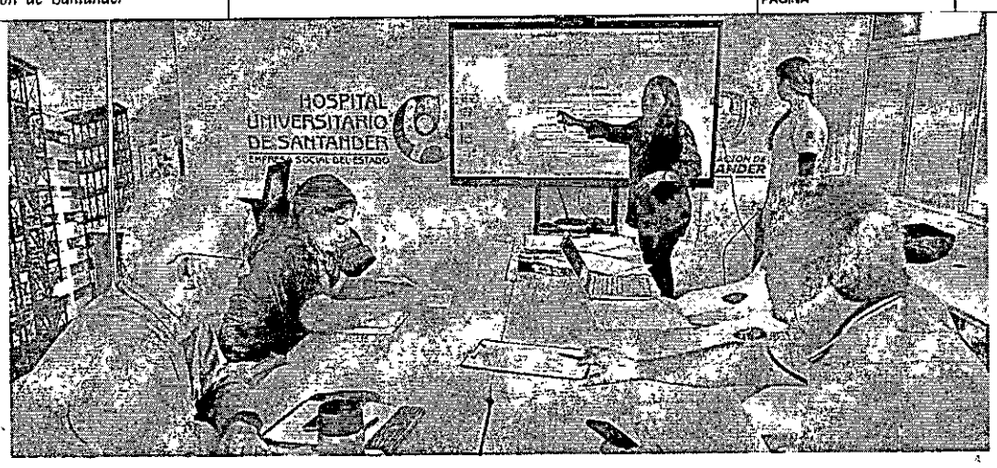
SECRETARIA DE Salud — Municipio: Bucaramanga — Fecha: 05 noviembre 2025 — Hora: 2:00 pm

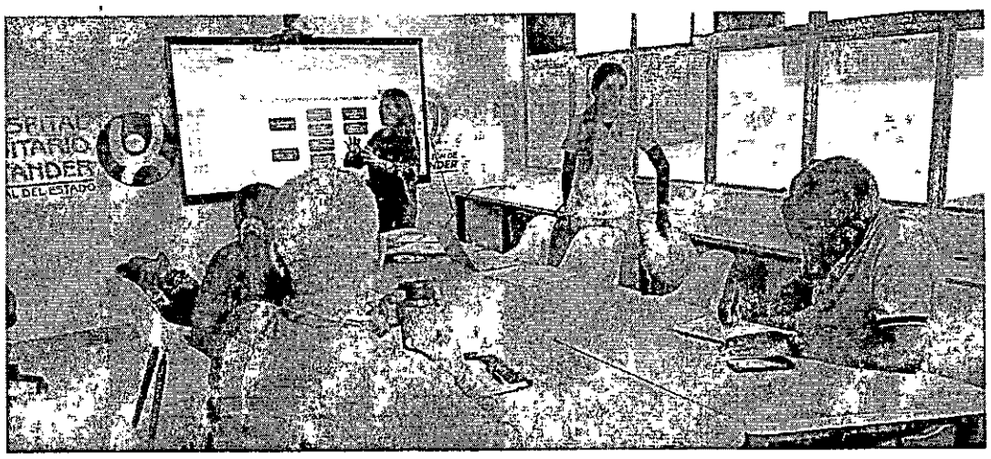
Objetivo: Realizar apoyo técnico a la implementación de una estrategia de articulación de acciones SAN y DHA. — Tema: II CICLO DE APOYO TECNICO - COMAN

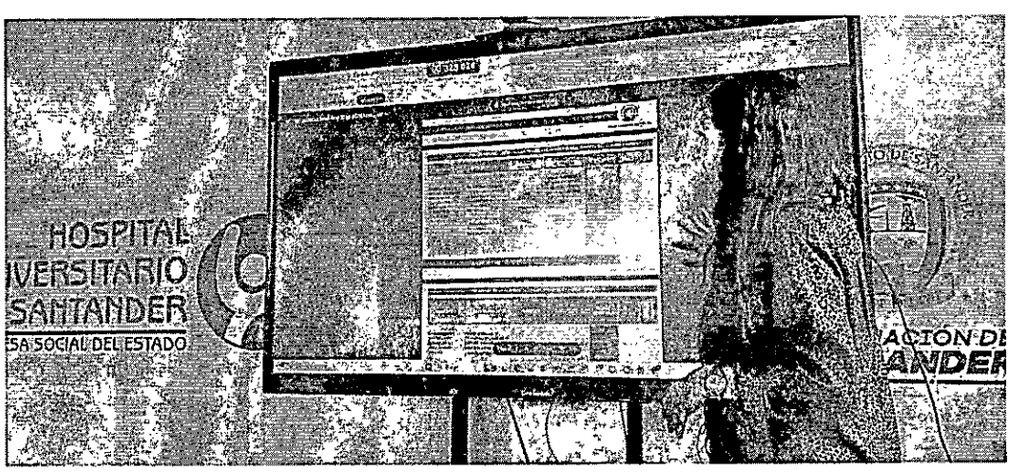
Tipo de Actividad: Asistencia Técnica — Beneficiario: — Participantes Ocasionales:

N°	Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Etnia	Rango de Edad	Discapacidad	Ninguna	Sí	Cuál?	Dirección y Barrio de Residencia	Cargo o Ocupación	Celular	Email	Firma
1	Alberto García	91125233				X			UNAD	Docente	3115965536	alberto.garcia@unad.edu.co	
2	Melany Patricia González	1057697744				X			Prosperidad Social Reg. Santander	Técnico	3005739126	melany.gonzalez@prosperidadsocial.gov.co	
3	Eduardo Ortiz	7116058				X			SADER	P.U.	3182957[illegible]	[illegible]	
4	GINA JAIMES DIEGO	1098133651				X			Gobernación Santander	ENLACE	3102901710	[illegible]	
5	Juan Carlos Sánchez	91279[illegible]03				X			BGA	Comercial	3170567917		
6	Lizeth Hoyos Cortes	[illegible]				X			BGA	Interventoria PIC	3142263215	lizethcortes2202@hotmail.com	
7	Sara Valentina Pérez Rojas	1051064694				X			BGA. UIS	Estudiante Auxiliar Nutricion	3174342313		Sara Perez Rojas
8	Ximena Sánchez	63543116			91	X			BGA - Independiente	Armonización OPS Salud Urbana	3156279929	[illegible]	
9													
10													

Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	18/08/2017
		PÁGINA	3 de 3







FIRMA

NOMBRE: Lizeth Mayerly Conde Rodríguez Cargo: Nutricionista y Dietista

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	9
FECHA DE APROBACION	12/05/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE Salud — Hora: 2:00 pm

Provincia: Metropolitana — Municipio: Bucaramanga — Fecha: 05 noviembre 2025

Objetivo: Realizar apoyo técnico a la implementación de una estrategia de articulación de acciones SAN y DHA. — Tema: II UNIDAD DE APOYO TECNICO - COSAN

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X — 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	Alberto Garcia	91225233		X			UNAD B/manga	Docente	3115965310	alberto.garcia@unad.edu.co				X			X		
2	Melany Patricia Gonzalez	1095789744	X				Prospendad Social Reg. Santander	técnico	3005739126	melany.gonzalez@prospendadsocial.gov.co				X			X		
3	Eduardo Ork	7110577		X			SADER. R. U.		3182925864	ca.eortiz@santander.gov.co				X			X		
4	GINA JAIMES DIEGADO	1098633654.	X				Polo COLOMBIA. STDR.	ENLACE	3102900170	ginajaimes22@hotmail.com				X			X		
5	Juan Carlos Sánchez	91279489		X			BGA	Comunicador	3172567919					X			X		
6	Lizeth Hayely Cote R	1098665566	X				BGA	Publicista PIC.	3162263295	lizethcote226 hotmail.com				X			X		
7	Sara Valentina Pérez Rojas	1051064694	X				BGA. UIS	Estudiante Practicante Nutricion	3124392313					X		..	X		Sara Perez Rojas
8	Ximena Sanchez	63543116	X			41	BGA - Secsalud OPS	Nutricionista OPS Salud Integr	3166219729	xilu-dhasantander@gmail.com				X			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.

Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 8

ACTA DE REUNIÓN

Segunda sesión ordinaria del Comité Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Santander

Fecha:	19/11/2025	**Hora:**	8:30 a.m.	**Lugar:**	Auditorio sede UNAD segundo piso – Carrera 16 #. 10A – 21 Bucaramanga, Santander

Orden del día

1. Llamado a lista y verificación del quórum.
2. Aprobación del orden del día.
3. Saludo e instalación por parte del gobernador o su delegado.
4. Seguimiento a compromisos y acuerdos del acta anterior (23 de octubre de 2025).
5. Revisión y ajustes al plan de acción y matriz de seguimiento a la Política Pública de Garantía Progresiva del Derecho Humano a la Alimentación para Santander de acuerdo al Plan de Desarrollo Departamental.
6. Socialización de la Unidad de Apoyo Técnico frente a la implementación de los macroproyectos de la PPGPDHA.
7. Proposiciones y varios.
8. Cierre de la sesión.

Desarrollo de la Reunión

1. Se inicia la reunión de manera presencial con la verificación del quorum, se solicita a cada uno de los asistentes realizar su presentación para un total de 15 de 29 entidades integrantes.
2. Se da la aprobación del orden del día por parte de los participantes.
3. Se brinda un saludo a los asistentes por parte de la Dra. Diana Cuadros delegada de la Secretaría de Salud Departamental y se da inicio al CDSAN.
   En este espacio se realiza la presentación de la Docente Gloria Judith Palacios Directora de Ciencias Básicas de la UNAD quien ofrece su apoyo a la instancia del CDSAN.
4. La N.D Ximena Sánchez procede a realizar lectura del acta anterior, en la cual uno de los compromisos fue el envío de los documentos a los participantes del comité el cual se realizó el 04 de noviembre 2025, la referente del PAE de la Secretaria de Educación, el referente de la Secretaria de la Mujer y Equidad de Género y el Dr. Alberto Ángel Martín Director de la Escuela de Nutrición y Dietética de la UIS, solicitaron también el envío de los documentos, la N.D. Ximena Sánchez se compromete a realizarles el envió por correo electrónico.
5. Se dio paso a la revisión y ajustes al plan de acción y matriz de seguimiento a la Política Pública de Garantía Progresiva del Derecho Humano a la Alimentación para Santander de acuerdo al Plan de Desarrollo Departamental, la Dra. Linda Salazar Referente de Seguridad Alimentaria de la Secretaria de Salud Departamental realiza intervención solicitando al comité que se organice el plan de trabajo virtual con la creación de una cuenta en drive que permita avanzar en el registro de la gestión de la matriz de seguimiento a la PPGPDHA por parte de cada Secretaria encargada.
   La N.D Ximena Sánchez refiere que tanto la Defensoría del Pueblo hizo seguimiento del avance en la PPGPDHA como la Asamblea Departamental solicito información sobre su implementación.

6. Se realizó la socialización del trabajo adelantado por la Unidad de Apoyo Técnico frente a la implementación de los macroproyectos de la PPGPDHA. En consecuencia, se hizo una presentación de los proyectos estratégicos para la implementación de la PPGPDHA por parte de la N.D Ximena Sánchez y durante la presentación se hizo referencia a las responsabilidades de las secretarias con relación a los proyectos de acuerdo a sus competencias, quedando de la siguiente manera: -

✓ Fincas Campesinas Agroecológicas y Agroindustria Rural Campesina a cargo de la Secretaria de Agricultura con el apoyo de las entidades RENAF, SENA, AGROSAVIA, ICA, CAS, OFP Y UNAD.

✓ Protección ecosistemas alimentarios a cargo de la Secretaria de Medio Ambiente con apoyo de AGROSAVIA y la UPRA.

✓ Comercio alternativo de alimentos a cargo de la Secretaria de Desarrollo Social y Secretaria de las TIC con el apoyo de MERCORED, Mercados campesinos, Zasca frutas de la Cámara de Comercio de Bucaramanga e ICBF desde las compras públicas.

✓ Infraestructura para abastecimiento provincial a cargo de la Secretaria de Infraestructura con el apoyo de asociaciones campesinas y gremios.

✓ Canasta alimentaria provincial a cargo de la Secretaria de Salud. En este proyecto la Dra. Linda Salazar referente de Seguridad Alimentaria de la Secretaria de Salud Departamental, solicita que este proyecto esté a cargo de la Secretaria de Desarrollo Social porque con los recursos que maneja la entidad no es posible financiar acciones del eje de acceso. Sin embargo y a petición de la UIS se establece el compromiso de hacer una reunión con la oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de Santander y la Escuela de Nutrición y Dietética de la UIS con el fin de viabilizar el desarrollo del estudio de Canasta Alimentaria Provincial.

✓ Alimentos en todos los hogares a cargo de la Secretaria de Educación, Salud, Desarrollo Social e ICBF. Se sugiere vincular al Banco de Alimentos de Bucaramanga.

✓ Escuela de ciudadanía alimentaria a cargo de la Secretaria de Educación, Salud, Desarrollo Social e ICBF; en este punto la Dra. Linda Salazar referente de Seguridad Alimentaria de la Secretaria de Salud Departamental refiere los avances desde la Secretaria de Salud con el proyecto en Barrancabermeja que fue el municipio priorizado por los eventos de desnutrición aguda y por ser el de mayor mortalidad por desnutrición, propone que con recursos del Sistema General de Participaciones se pueden ejecutar acciones para apoyar este proyecto, también se propone articular con al UNAD y el SENA para ejecutar en otros municipios.

✓ Santander activo y saludable a cargo de la Secretaria de Educación, Salud, Desarrollo Social e ICBF.

7. En proposiciones y varios el profesor Freddy Angarita docente de la UCC realizó la presentación de un proyecto de productividad y accesibilidad en Bucaramanga que se realizó mediante entrevistas, con el apoyo de la Alcaldía de Bucaramanga, Gobernación de Santander y Central de Abastos de Bucaramanga, el proyecto estuvo a cargo del programa Orquídeas quienes fueron las investigadoras y en el mes de diciembre se tiene programado realizar la divulgación de los resultados del proyecto por lo cual eleva la invitación a los participantes del comité para asistir a la socialización de los resultados.

El docente Alberto García representante de la UNAD propone establecer un buen canal de comunicación.
La Dra. Yerlis López en representación de la Secretaria de Planeación refiere que solo dos actores realizaron aportes en el decreto y no hubo modificación al nombre del comité. La N.D Ximena Sánchez refiere que se realizaron las observaciones pertinentes a través de correo electrónico el día 5 de noviembre para que se hagan los ajustes correspondientes transformándose de Comité Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Santander a Consejo Departamental de DHA de acuerdo al Sistema Nacional de Garantía Nacional progresiva del DHA.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Coordinar una reunión entre la Escuela de Nutrición de la UIS y la Oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de Santander.	Días posteriores a la reunión	N.D Linda Salazar
Reenviar la información de la PPGPDHA a los miembros del CDSAN que no la recibieron.	Días posteriores a la reunión	N.D Ximena Sánchez
Compartir en un DRIVE el Plan de Acción de la PPGPDHA y la Matriz de seguimiento a PPGPDHA para realizar los ajustes pertinentes por cada actor responsable.	Días posteriores a la reunión	N.D Ximena Sánchez

Siendo las 12:00 p.m. se da por terminada la reunión y se deja constancia con la lista de asistencia.

FIRMA

NOMBRE: Lizeth Mayerly Conde Rodríguez
Cargo: Esp. Nutricionista y Dietista

Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	4 de 8

REGISTRO DE ASISTENCIA

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

CÓDIGO: AP-AI-RG-111 | VERSIÓN: 5 | FECHA DE APROBACIÓN: 16/08/2017 | PÁGINA: 1 de 1

SECRETARIA DE

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 19 NOV 2025 | Hora: 8:30 am

Objetivo: Realizar III comité Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Santander

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica ____ Base Solario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Seguridad Alimentaria

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO F	GENERO M	GENERO NO BINARIO	EDAD	INTERSECCIONALIDAD: MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO Y OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL: GRUPO ETARIO	DISCAPACIDAD	ETNIA	IDENTIDAD DE LAS PERSONAS LGBTIQ+	VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	OTROS	CONTEXTO: RURAL	CONTEXTO: URBANO	FIRMA / HUELLA
1	Alberto Angel Martin	80024072		X		45	Bucaramanga U15	Director Nutricion	3125303191	escnut.directorgeneral				X				X	
2	Diana Cuadros	52940803	X			43	Bucaramanga SSO	Direccion Salud Integral	3143354776	dindonacuadros@yahoo.com				Y				Y	
3	Linda Salazar Esmeralda	63442 458	X			37	Secr. de Salud	Bqf	3175122 797	ca.lsalazar@gobsantander.gov.co								X	
4	Francisco Camica	88155759		X		56	SENA	Instructor	3168943681	fcogcamica@gmail.com				X				X	
5	Martha Bareno H	60.253406					UNAD	tutor	3166720940	martha.bareno@unad.edu.co				X				X	
6	Fredy Argenta Reina	91.274903		X			UCC	profesor	3173378826	FredyargentaR@Campusucc.edu.co				X					
7	Alberto Garcia	91225233		X			UNAD	Docente	3115965310	alberto.garcia@unad.edu.co				X					
8	Yarlis Lopez S.	1.098716546	X				Planeacion Gobernacion	CPS	3155018947	Yarlopez 119 @gmail.com								Y	
9	Lizeth Duarte	1098615578	X				SEC MUJER GOBERNACION	CPS	3163188968	lizethduarte@gmail.com				V				X	
10	Hector Moreno	13.981939		X			SSE Fenix V.	PROF. CONV.	3142364703	F48103@gmail.com				I				I	

Comentarios: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (Se da opción adicional al binomio), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de genero 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 (Gitano)(R), Negra (N)-Afrocolombiano(A)-Raizal(R) y Palenquero(P), Victimas del conflicto armado(desplazamiento, reclutamiento, 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.

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

CÓDIGO: AP-AI-RG-111 | VERSIÓN: 5 | FECHA DE APROBACIÓN: 16/08/2017 | PÁGINA: 1 de 1

SECRETARIA DE

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 19 Nov 2025 | Hora: 8:30 am

Objetivo: Realizar III comité Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Santander

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica ____ Base Solario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Seguridad Alimentaria

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO F	GENERO M	GENERO NO BINARIO	EDAD	INTERSECCIONALIDAD: MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO Y OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL: GRUPO ETARIO	DISCAPACIDAD	ETNIA	IDENTIDAD DE LAS PERSONAS LGBTIQ+	VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	OTROS	CONTEXTO: RURAL	CONTEXTO: URBANO	FIRMA / HUELLA
1	Guillermo Mejia	91250814		X		58	Secretaria Interior	CPS	3152298785	gmejom.67@gmail.com				X				X	
2	Damarys Sotelo	36478779	X			52	secretaria seguridad vial	prof universitaria	3167209930	ca.dsotelo@santander.gov.co				Y				Y	
3	[illegible]	1.095[illegible]	X				SELECTONA 93 [illegible]	CPS	3166316000	marthar.1030@hotmail.com									
4	Paola Ibbe Ortega	1098753960	X				Secretaria Educacion	CPS	3164660010	Paolaroi@hotmail.com								X	
5	Maria Alfonsi Sierra	1100491959	X				secretaria educacion	CPS	3132180931	milcarolebieto@hotmail.com								X	
6	Nicolas Mejia	1098624985	X				HUS	CPS	3145179026	nicolasmejia16@gmail.com									
7	Ingrid Tatiana Medina	37748148	X			46	RENAF Nodo Santander	Representante	3239362256 Bogota	Tatiana.compromiso@gmail.com				X				X	
8	Lizeth Mayerly Conde R.	1098665068	X			36	Ese - HUS Bucaramanga	Interventoria Plc.	3167242295	lizethconde12@hotmail.com				X				X	
9	Nelas Saucedo Zarate	63469801	X				UNAD Floridablanca	Docente	3161716235	nelu.saucedo@unad.edu.co				X				X	
10	Ximena L. Sánchez	63593116	X			41	Sec. Salud Departamental	ND OBS	3166274925	dhe.ximena@gmail.com				X				X	

Comentarios: ENFOQUE DE GENERO: Femenino, Masculino, No Binario (Se da opción adicional al binomio), CICLO DE VIDA: Diligenciar la Edad en NUMERO, ENFOQUE DIFERENCIAL: OSIGD (Orientación sexual e identidad de genero 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 (Gitano)(R), Negra (N)-Afrocolombiano(A)-Raizal(R) y Palenquero(P), Victimas del conflicto armado(desplazamiento, reclutamiento, 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.

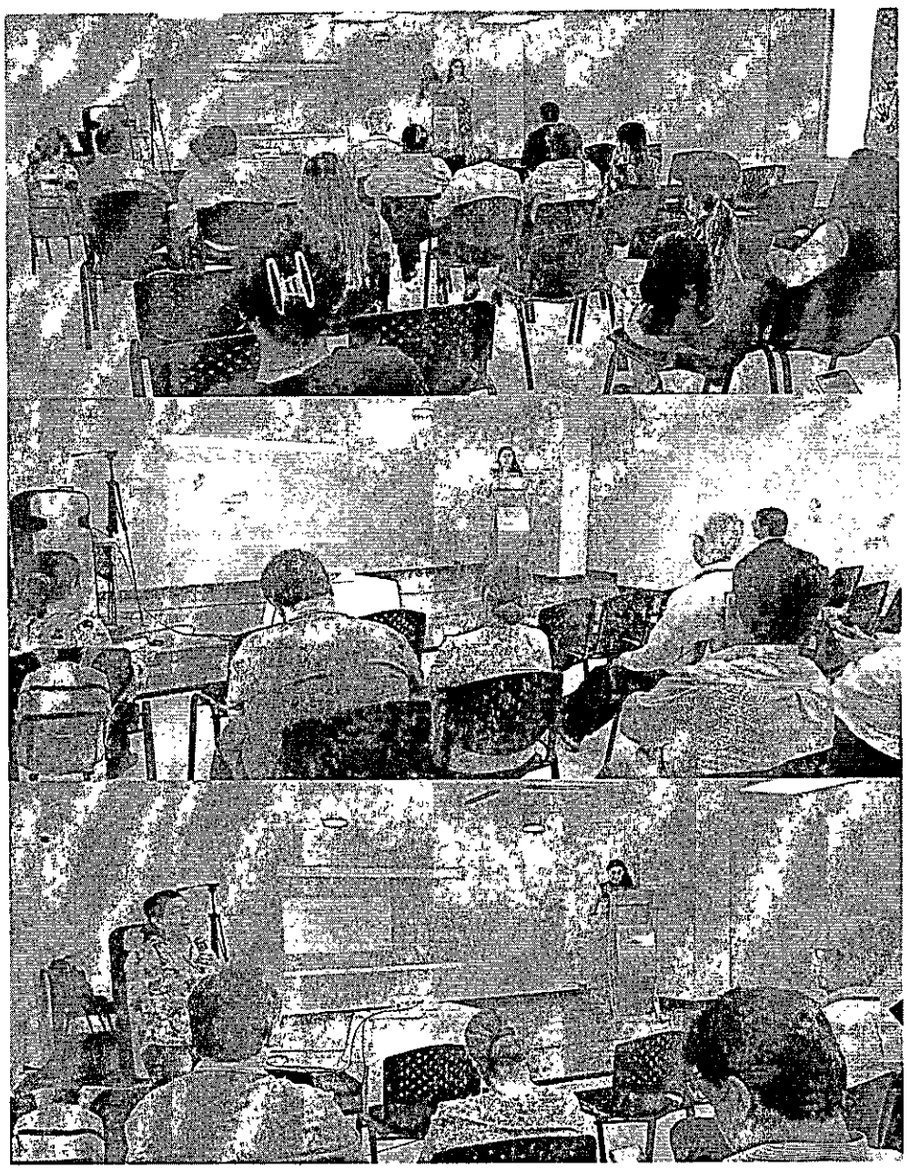
Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	5 de 8

ASISTENCIA DIGITALIZADA

Nro	Fecha de la Actividad	Área	Tipo de Actividad	Nombre	Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Edad	Sexo	Profesión	Ocupación	Nombre de la Institución	Cargo	Teléfono	Celular	Email	Energía Eléctrica	Centro Educativo
1	09/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
2	09/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
3	10/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
4	10/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
5	20/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
6	24/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
7	25/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
8	26/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
9	26/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
10	27/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
11	27/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
12	30/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
13	30/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
14	30/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
15	30/11/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
16	01/12/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
17	03/12/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
18	04/12/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
19	04/12/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
20	07/12/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno
21	07/12/20	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Encuentro de capacitación	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ninguno	Ninguno

Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	6 de 8

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Gobernación de Santander

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

CODIGO	AP-AI-RG-12
VERSION	8
FECHA DE APROBACION	12/05/25
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 19 NOV 2025 | Hora: 8:30 am

Objetivo: Realizar II comite Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Santander

Tipo de Actividad: Asistencia Técnica_____ Beneficiario_____ Participacion Ciudadana_____ Tema: Seguridad Alimentaria

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	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	Alberto Angel Martin	80024072		X		45	Bucaramanga UIS	Director Nutricion	3125303191	escnut.director@uis.edu				X			X		
2	Diana Cuadros	52940803	X			43	Bucaramanga SSD	Direccion Salud Integral	3143354776	dirdianacuadros@gmail.com				Y			X		
3	Linda Salazar Gonzalez	63492 458	X			57	Sec. de Salud	Bot	3175122 797	cal salazargo santander.gov.co							X		
4	Francisco Garnica	88155759		X		56	SENA	Instructor	3168743691	feogarnica@gmail.com				X			X		
5	Martha Barrera H	60253406					UNAD	tutor	3166970840	martha.barrera@unad.edu.co				X			X		Martha Barrera H.
6	Freddy Argenta Reina	91.234903		X			UCC	profesor	3173378426	Freddyargenta@campusucc.edu.co				X					
7	Alberto Garcia	91225233		X			UNAD	Docente	3115965310	alberto.garcia@unad.edu.co				X					
8	Yoris Lopez S.	1.098716546	X				Planeación Gobernación	CPS	3155847947	Kanlosa 119 @gmail.com							X		
9	Lizeth Duarte	1098615578	X				Sec Mujer Gobernación	CPS	3163188969	lizethduarte@gmail.com				X			X		
10	Hector Moreno	13700839		X			Sec Mujer	Prof. Univ.	3142536003	FM84103@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)-Afrodescendiante(A)-Raizal(R) y Palanquera(P), Victimas del conflicto armado(excombatientes, reinsertados, reincorporados), Otros (Migrantes (M) , Extranjeros (E).

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.

Tratamiento de Datos

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	12/05/25
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bmanga | Fecha: 19 Nov 2025 | Hora: 8:30 am

Objetivo: Realiza II Comite Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Santander

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica ____ Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Seguridad Alimentaria

			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	Guillermo Melo	91250814		X		58	Secretaria Interior	CPS	3132287856	gmelom67@gmail.com				X			X		
2	Damarys Sotelo	36478399	X			56	secretaria competitividad	prof universitaria	3157202970	ca.dsoteco@santandercar				X			X		
3	[illegible] C. VIL	1355282-79	X				Seleccionar 23 Educacion	CPS	3166316005	marthavilla332@hotmail.com									
4	Paola Vibe Ortega	1098753360	X			29	Secretaria Educacion	CPS	3169660010	Paolaora@hotmail.com							X		
5	Maria Alejandra Sanal	1104941959	X				Secretaria educacion	CPS	3132480937	milecardeleido@hotmail.com							X		
6	NICOL LOPEZ CELIS	1098624585	X				HUS	CPS	3143919026	nicolelopezcelis@gmail.com									
7	Ingrid Tatiana Medina	37748148	X			46	RENAF Nodo Santander	Representante	3239362256 3154[illegible]	tatiana.compromiso@gmail.com				X			X		
8	Lizeth Mayerly Conde R.	1098605068	X			36	Ese-HUS Bucaramanga	Nutricionista Pic.	3162263295	lizeth.conde22@hotmail.com				X			X		
9	Nebis Saucedo Serrano	63469801	X				UNAD Floridablanca	Docente	3161716235	nebis.saucedo@unad.edu.co				X			X		
10	Ximena L. Sánchez	63543116	X			41	Dec. Salud Departamental	ND OBS	3166274929	dhesatabc2025@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).

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.

Tratamiento de Datos

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: Veléz | Municipio: Vélez | Fecha: 13 de noviembre de 2025 | Hora: 8:30 am

Objetivo: Realizar un desarrollo de capacidades en la planeación territorial de la salud con enfoque de derechos | Tema: seguridad alimentaria

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | 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 Ines Gonzalez	57875854	X			58	Velez	Veeduria Artesana	3732503858									X	
2	Arq. Leidy Lombana Mora.	27'983.832	X			45	Barbosa	Apoyo Profesional	3236542137	Salud@barbosa gov.co								X	
3	Jorge Alberto Nieves F.	13957847		X		47	ALCALDIA VELEZ	Profesional Desarrollo Comunitario	3202339402	desarrollo comunitario @velez-santander.gov.co							X		
4	Esmeralda Palomino	1101754912	X			36	Vélez	Lider Renta joven PS Vélez	3177198978	esmeraldapalomino2628@gmail.com							X		
5	Natalia Peña T.	1007848735	X			25	Vélez	Apoyo Ambiental	3212804187	nataliapena182000@gmail.com								X	Natalia Peña
6	Kennedy Cruz Gelis	1395241 3		X		64	vélez	campesino	311822 4159	Kennedycruz9@gmail.com							X		
7	Jhon Edison Gonzalez	2097639057		X		25	Cerrito	Logistico ADM empresa	3133460106	Jedsongbzz@							X		
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

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: Vélez | Fecha: 14 de noviembre de 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Realizar un desarrollo de capacidades en la planeación territorial de la SAN con enfoque de derechos | Tema: Seguridad alimentaria

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | 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	Esmeralda Palomino	1101754918	X			36	Vélez	lider Feria Jaen PS Vélez	3177198978	esmeraldapalomino2628@gmail.com.							X		
2	Kennedy Cruz G	13952113				64	Velez Socorro	campesino	311822 4159	kennedrame3@gmail.com							X		
3	maria Ineff.	57875854				58	Velez	Agricultora Hortalana	323280 3858									X	
4	Natalia Peña T.	1004284735				25	Vélez	Apoyo umata.	3212804187	nataliaperal82000@gmail.com							X		
5	Jhon Edison Gonzalez	1097639955				25	Cepsa	Adm Empresas	3133450106	J.edisongo@gmail.com							X		
6	Jorge Alberto Nieves	13.957847				47	Vélez	Profesional Universitario	3202339402	desarrollocomunitario@velez-santander.gov.co.							X		
7	Aida Lucia Jaimbrano Roa	27.983.832	X			45	Barbosa	Apoyo Profesional	3236592137	Salud@barboza-santander.gov.co							X		
8	Luis Angel Tor	91018395		X		40	Barbosa	Agricultor	3138111413	angel25nacional@gmail.com								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: 13 / 11 / 2025 En (municipio, país): Velez, Santander / Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Ines Gonzalez Edad 58 años

Dirección e información de contacto:

Peña San Vicente Tel. 3232503858

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Velez, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adelaida Lombaño Flores Edad 45.

Dirección e información de contacto:

Cra 8 No. 17-31 Tel. 3236592137

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Velez, Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHAN EDISON GONZALEZ. B

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jorge Alberto Nieves Fontecha Edad 47

Dirección e información de contacto:

Cll. 9. N° 2-37 ALCALDIA Tel. 3202339402

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): vélez, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): JHON EDISON GONZALEZ BARRERA -

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Esmeralda Palomino Cifuentes Edad 36 años.

Dirección e información de contacto:

calle 9 # 2-37 Alcaldia Tel. 3177198978

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Vélez Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Peña Tirado Edad 25

Dirección e información de contacto:

Vereda el Amarillo Tel. 3212804187.

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

Firma: Natalia Peña 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: 13/11/2025 En (municipio, país): Velez, santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez Barrera.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kennedy Cruz G Edad 64 años

Dirección e información de contacto:

Vereda El Capital velez Tel. 3118224159

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 2023 En (municipio, país): Velez, Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhon Edison Gonzalez.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jhon Edison Gonzalez Barrera. Edad 25

Dirección e información de contacto:

Calle 3 # 16-7 Tel. 3133450106.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Velez, Santander.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jhan Edson Gonzalez Romero.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Angel Florez Edad 40

Dirección e información de contacto:

San Benito. Santander Tel. 3138114413

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

	ALCALDÍA MUNICIPAL DE VÉLEZ			
	Versión: 2.0	Fecha Agosto 2016	Página 1 de 1	Código

LA SECRETARIA DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE VÉLEZ

CERTIFICA QUE

La profesional XIMENA LUCELLY SÁNCHEZ CORTES identificada con cédula de ciudadanía No. 63.543.116 de Bucaramanga y la profesional LIZETH MAYERLY CONDE RODRIGUEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.098.665.068 Bucaramanga, contratistas de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en el municipio de Vélez, durante los días 13 y 14 de noviembre de 2025, realizando un de desarrollo de capacidades de 16 horas, en elaboración del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional con enfoque de derechos.

Se expide a solicitud de los interesados a los catorce (14) días del mes de noviembre de 2025.

Paula Nathalia Quiroga Reyes
Secretaria de desarrollo agroindustrial
Vélez, Santander

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

Hora: 8:40 am

Provincia: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 20 - 11 - 2025

Objetivo: Realizar un desarrollo de capacidades en la planeación territorial de la SAN con enfoque de derechos

Tema: Planes locales de seguridad Alimentaria y Nutricional. Enfoque DHA: Desarrollo de Capacidades

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____

INTERSECCIONALIDAD

N°	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	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	Omar Villabona G.	91248315		X		59	B/ca	Prof. Univ.	3002644680	Omar.villabona@barrancabermeja.gov.co				X			+		
2	Diana Rocío Martínez Hernández	63559390	X			41	B/ca Prosperidad Social	Prof. Especializado	3045700268	diana.r.martinez@prosperidadsocial.gov.co				X			X		
3	Belcy Becerra Buitrago	37944506	X			54	DDRAP B/mga	Profes. Especial	310765 3004	belcy.becerra@barrancabermeja.gov.co				X			X		
4	Karen Dahiam Encipo	1005176005	X			24	B/mga DDRAP	CPS	322808 5426	dahiam.encipo@gmail.com				X			X		
5	Ivonne Martha Quijano Diaz	37.748.442	✓			48	B/bermeja Sec. Infraestructura	CPS	3023574158	ivdmaqui302357 0719@outlook.es				X			X		
6	Sandra Rivera P	63454038	✓			41	B/bermeja Sec ambiental	CPS	3204197652	Sandrarivera-19@Hotmail				X			X		Sandra Ri
7	William H. Velandia	91498976		X		62	ESE Barrancaber	Salud Pública	3105610842	SaludPublicaese@gmail.com				X			X		
8	Vanessa Velandia F	1096246072	X			27	Sec Mujeres A/c. Primera	Economista CPS	3242380621	vanevelandia9@gmail.com				X			X		
9	Ana Milena Jimenez	28060794	X			45	Dirección Mujeres	Profesional Universitario	3115451995	anam.jimenez@barrancabermeja.gov.co				X			X		
10	MYRIAM PATRICIA PEREZ BANO	63365700	X			54	ALCALDIA BCA. PROF S. planeacion UNIV.		300265 2932	myriam.perez@barrancabermeja.gov.co				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 Cundinamarca

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: Yaringues | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 20 de noviembre de 2025 | Hora: 9:00 am

Objetivo: Realizar un desarrollo de capacidades en la planeación territorial de la SAN con enfoque de derechos

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____ | Tema: Seguridad Alimentaria

											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	Jazmith Martinez Cediel	37555546	✓			47	Bca/bja Secretaria Salud	Profesional universitario	3143443532	jazmith.martinez@barrancabermeja.gov.co				X			X		Jazmith M.
2	Judys Navarez Ramirez	60259.743	✓			42	Bca/bja Secret Salud	Ing de alimentos Apoyo SDS	3142726881	jjudys2@gmail.com				X			X		
3	Rosa Margarita Ropalino Villarreal	22956836	✓			42	Barrancabermeja S. Salud	INS. Agroindustrial Prof de Apoyo SDS	3112256270	rosa.ropalino@gmail.com				X			X		Rosa M.
4	Laura Maria Prado Muñoz	37840414	✓			44	Bca SDS Dimensión SAN	laurapradolg@hotmail.com	3186588727	Enf Profesional. laurapradolg@hotmail.com				X			X		Laura Maria Prado M
5	Ana Mana Vargas R.	37575185	✓			43	Bca Bja Planeación	CPS.	3214585931	Anamanavargas2804@gmail.com				X			X		
6	CARMEN C. ARISMENDI	63368453	✓			54	BARRANCABERMEJA AGUAS DE BARRANCABERMEJA	PROFESIONAL III	3115099878	Carmencarismendi@aguasdebarrancabermeja.gov.co				X			X		
7	Gloria A Escarraga	63.464544	-			51	B/bermeja OFP. Organizacional	Oficios Varios	3203433737	Gloria Amparo Escarraga Serna @.com.co									
8	Isabel Carvajal P	63462563	X			57	Barrancabermeja O.F.P.	Gestora Social	3176096975	isabel.carvajal@gmail.com				X			X		
9	Yajhaira Daniela Sánchez Quadrón	1098741168	X			32	Barrancabermeja SDATE Medio Ambiente	CPS Profesional Universitario	3105792752	yajhaira15@gmail.com				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 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: Yariguies | Municipio: Barrancabermeja | Fecha: 20 - 11 - 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Realizar un desarrollo de capacidades en la planeacion territorial de la SAN con enfoque de Derechos | Tema: Seguridad Alimentaria

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____

				INTERSECCIONALIDAD																			
				GENERO			CICLO DE VIDA						DIFERENCIAL						CONTEXTO		FIRMA / HUELLA
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	
1	Jose Miguel Martinez Calvis	79857174			/			Barranca Bja	Zodenista	3008671773	Jose.martinez@Barrancabermeja.gov.co						X	X		
2	MANUEL JOSÉ HERRERA MOTTA	91.426.795			X			BCA/BJA	PROFES. ESPEC.	320639 5593	manuel.herrera@barrancabermeja.gov.co						X	X		
3	MYRIAM PATRICIA PEREZ BLANCO.	63365700	X					ALCALDIA BCA/BJA	PROF UNIV.	300265 2932	myriam.perez@barrancabermeja.gov.co						X	X		
4	Sandra Patricia Rivera Pineda	63454038	X					Alcaldia Bca/bja	Profesional Admistracion	3204197652	Sandrariver@Hotmail.com						X	X		Sandra R.
5	Ana Milena Jimenez Contreras	28060794	X					Barrancaberme ja Alcaldia	Profesional Universitario	3115451995	anamjimenez@barrancabermeja.gov.co						X	X		
6	Beloy Janeth Becerra Buitrago	37944506	X					DD RAP Bmja	Profesional Especializ	310765 300429	beloy.becerra@barrancabermeja.gov.co						X		X	
7	Omar Villabona Quiroz	91248315			X		59	D.D.R.A.y.P.	Prof. Univ.	300264 680	Omar.villabona@barrancabermeja.gov.co				X		X	X		
8	Diana Rocio Martinez Hernandez.	63559390	X				41	Barranca Prosperidad Social.	Prof. Espec.	3045700268	dianar.martinez@prosperidadsocial.gov.co				X			X		
9	Karen Dahiam Enciso Camacho	1005146005	X				24	D.D.R.A.P	Prof. cps	3228085426	dahiam.enciso@gmail.com				X			X		
10	Jazmith Martinez Cediel	37555516	X					Baa Bja Alcaldia	Profesional Universit	3143443532	jazmith.martinez@barrancabermeja.				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

Provincia: Yanguez | Municipio: B/Bermeja | Fecha: 21 - 11 - 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Realizar un desarrollo de capacidades e la planeación territorial de la SAN con enfoque de derechos

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____ | Tema: Seguridad Alimentaria

N°	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	Ivonne Maritza Quijano Diaz	37748.442					Bcabermeja	Jefe Talento Humano	3023574158	Ivomaqui302 3570719@outlook.es										
2	Yalhaira Daniela Sanchez Quintero	1098741168	✓				Bcabermeja	Servicio Profesional CPS	3105792752	yaihaira15@gmail.com				✓			✓			
3	Rosalinda Ballesteros Dager.	1096195704	✓				BCabermeja	EPS. Apoyo a la Ci	3112455016	rosaballesteros-dager-8823@hotmail.com				✓			✓			
4	Rosa Margarita Rapalino Villarreal	22956836	✓				Barrancabermeja	Ing. Agroindustrial Prof. de Apoyo SDS	3112256210	rosa.rapalino@gmail.com				✓			✓			
5	Judys Nowdez Ramirez	60259743	✓				Bumanizaj y Profesional Ing alimentos SDSalud		3142726881	jjudys2@gmail.com				✓			✓			
6	Diana Maria Landinez Sepulveda	37558021	✓				BCABJA	Ing. Alimentos PAE SED	3156935741	dianamaria311@yahoo.com				✓						
7	CARMEN CECILIA ARISMENDI SOLANO	63368453	✓				BARRANCABERMEJA	Profesional III	3115099878	carmen.arismendi@gobdebarrancabermeja.gov.co				✓			✓			
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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Liseth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Omar Villabona Q. Edad _____

Dirección e información de contacto:

Calle 51 No 1-35 B/ca Tel. 3002644680

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Omar V.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 ____/____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Rocío Martínez Hernández Edad_____

Dirección e información de contacto:

Cra 24 # 47-58 Tel. 3045700268

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20/11/2025 En (municipio, país): Bananacabeuja / Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Perez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Deby Janeth Becerra Buitrago Edad 54 años

Dirección e información de contacto:

Calle 51 #1-35 Sector Comercial Tel. 3107653024

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Deby 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Perez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Dahian Grafo Camacho. Edad 24

Dirección e información de contacto:

Cra 62 tv 48 - 10 Tel. 3228085428

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja - Sder.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Perez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ivonne Quijano Diaz Edad 45

Dirección e información de contacto:

Secretaría de Infraestructura B/cabrera Tel. 3023534158

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ivonne Martza Quijano 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: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandra Patricia Rivera Pineda Edad 41

Dirección e información de contacto:

C1 32 # 65-66 Tel. 3204197652

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Sandra 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 _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

William H. Velandia Forero Edad 48

Dirección e información de contacto:

Kr 35 # 37A-02 Santa Barbara Tel. 3105610842

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Liteth Conde Rodríguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Vanessa Velandia Rodríguez, 27 años Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Calle 54 # 34 b 04, 1ro de mayo Tel. 3212380622

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barroncaberneja. (Santander).

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Milena Jimenez Contreras Edad 45 años

Dirección e información de contacto:

Cra 30 #77-37 B. Santa Isabel Tel. 3115451995

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____
2806794 Bga.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): BARRANCABERMEJA-SANTANDER.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

MAYRIAM PATRICIA PEREZ BLANCO Edad 54 AÑOS.

Dirección e información de contacto:

Cl. 27A N°33-54 APTO. 304 TORRE NORTE. EDIFIC. MIRADORES DEL LIMONAR Tel. 3002652932

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal dél menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Perez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jazmith martinez Cediel Edad 47

Dirección e información de contacto:

B/ Co Tel. 3143443532

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jazmith Cediel

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bomcabemeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Judys Nayder Ramirez Edad 52

Dirección e información de contacto:

Cra 29 N-74-48 Floresta Tel. 3142726881

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja - Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosa M Rapalino-V Edad 42

Dirección e información de contacto:

rosa.rapalino@gmail.com Tel. 3112256270

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rosa M Rapalino-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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura maria Prada Edad 44

Dirección e información de contacto:

Bica Tel. 3118658727

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Maria Prada 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja (Colombia)

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ana Maria Vargas Ruiz Edad 43

Dirección e información de contacto:

Calle 55 # 16a-04 B. Pueblo Nuevo Tel. 3214585071

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): BARBANCABERMEJA.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

CARMEN CECILIA ARISMENDI SOLANO Edad 54

Dirección e información de contacto:

C11 68 A. No 23-25 Barrio Villeluz Tel. 3115099987

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

NOTA: Las fotografías hacen parte de la capacitación del Comité seguridad Alimentaria (construcción del plan de acción mesa seguridad alimentaria con enfoque dha.

Firma:

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 20/11/2025 En (municipio, país): Bbermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Roja y Lizeth Conde Rodrigue

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gloria Amparo Escarraga Serna Edad 51

Dirección e información de contacto:

cll. 48B #50-28 Villarelys II Tel. 3203433737

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de 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: 20 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Roja y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Isabel Oviedo Polanco Edad 57 años

Dirección e información de contacto:

Cra 49 # 40 bis 20 Tel. 3176096975

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez Rojas y Lizeth Conde Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yahaira Daniela Sánchez Gualdrón Edad 32 años

Dirección e información de contacto:

Secretaria Medio Ambiente y Transición E Tel. 3105792752

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): B/bermeja / Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Perez y Lizeth Conde

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

José Miguel Martinez Callis Edad 47

Dirección e información de contacto:

B/ca Tel. 3008671773

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de las imágenes que se muestran ya sea en video o en fotografía descritas abajo.

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 21/11/2025 En (municipio, país): BARRANCABERMEJA, COLOMBIA

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Perez y Lizeth Conde

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

MANUEL JOSÉ HERRERA MOTTA Edad 61 AÑOS

Dirección e información de contacto:

CRA 30 Nº 71-34 B. FLORESTA Tel. 3206395593

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bcaga Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Perez y Liseth Conde

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dona Maria Londiez S Edad 47

Dirección e información de contacto:

Calle 60 #35-105 Tel. 3156935741

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Duana Londiez 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: 21 / 11 / 2025 En (municipio, país): Barrancabermeja, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Sara Pérez y Liseth Conde

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosalinda Ballesteros Dayer Edad _____

Dirección e información de contacto:

B/ca Tel. 3112455016

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

LA SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION DE BARRANCABERMEJA

CERTIFICA QUE

La profesional XIMENA LUCELLY SÁNCHEZ CORTES identificada con cédula de ciudadanía No. 63.543.116 de Bucaramanga y la profesional LIZETH MAYERLY CONDE RODRIGUEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.098.665.068 Bucaramanga, contratistas de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, permanecieron en el municipio de Barrancabermeja, durante los días 20 y 21 de noviembre de 2025, realizando un Desarrollo de capacidades de 16 horas, en elaboración del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional con enfoque de derechos.

Se expide a solicitud de los interesados a los veintiún (21) días del mes de noviembre de 2025.

MYRIAM PATRICIA PEREZ BLANCO
Profesional Universitario Grado 01
Dirección de Planeación Institucional de la
Secretaría Distrital de Planeación.
Barrancabermeja, Santander

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: Comunera | Municipio: Socorro | Fecha: 27 noviembre 2025 | Hora: 8:00am.

Objetivo: Realizar desarrollo de capacidades en la planeación territorial de la SAN con enfoque de derechos

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____ | Tema: SAN

			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	Karen Lizeth Carvajal Cala	1098108812	X			27	Simacota Sec. D. Social	Enfermera Salud Publica	3138627111	Saludpublica@simacota-santander.gov.co						X	X		
2	Nancy Rocio Cala	1101321102	X			31	Simacota sec D Agricultura	Profesional zootecnista	3005686020	calananancy1012@gmail.com						X	X		
3	MARIA CRISTINA NEIRA	37888329	X			61	Socorro CZ ICBF	Profesional	3167586867	maria-neira@icbf.gov.co						X	X		
4	Andrea Milena Marín	1100954027	X			36	San Gil - Sub Secretaria Salud	Profesional de Apoyo	3167181395	Saludsong?l.santander@gmail.com						X			
5	Elizabeth Malagón	37899109	X			44	San Gil	Docente	3144353470	malagon.2080@gmail.com						X	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

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: Comunera | Municipio: Socorro | Fecha: 28 noviembre 2025 | Hora: 8:00am

Objetivo: Realizar desarrollo de capacidades en la planeación territorial de la SAN con enfoque de derechos

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema: SAN

			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	María Cristina Neira	37888379	X			61	ICBF Socorro	Profesional	3167586867	maria.neira@icbf.gov.co						X	X		
2	Andrea Viviana Marín V.	1100954027	X			36	San Gil Sub-secretaria salud	Profesional de Apoyo	3167191395	Saludsangil.santander@gmail.com						X	X		
3	Karen L Carvajal	1095810812	X			27	Sec. Salud Simacota	Enfermera Salud Publica	3138627111	Saludpublica@simacota-santander.gov.co						X	X		
4	Nancy Rocio Cala	1101321102	X			31	Sec. Agricult Simacota	Profesional Zootecnia	3005686020	calaroncy1012@gmail.com						X	X		
5	Elizabeth Malagon R	37899109	X			44	San Gil	Docente	3144358440	malagon2208@gmail.com						X	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: 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	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Socorro / Sder.

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Liseth Carvajal Camacho Edad 27.

Dirección e información de contacto:

Municipio de Simacota / Santander Tel. 3138627111

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Socorro

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nancy Rocio cala Robles Edad 31

Dirección e información de contacto:

municipio simacota Santander Tel. 3005686020

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Socorro.

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

MARIA CRISTINA NEIRA. Edad 61 años.

Dirección e información de contacto:

Calle 9 #8-20 Socorro Tel. 3167586863

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Abril

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Socorro

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrea Mariana Martin Santos Edad 36

Dirección e información de contacto:

Calle 8 No. 8-89 Apto 201 San Gil Tel. 3167161397

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Andrea Mariana Martin 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: 27 / 11 / 2025 En (municipio, país): Socorro

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elizabeth Malagón R Edad 44

Dirección e información de contacto:

carrera 9#753 Tel. 3144353470

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Elizabeth Malagón 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 Departamento de Santander Municipio del Socorro NIT 890.203.688-8	ALCALDÍA MUNICIPIO DEL SOCORRO CERTIFICADO DE PERMANENCIA			
	Versión: 02	Fecha: 30/01/2024	Página 1 de 1	Código: F-PTH-10-016

EL SUSCRITO:. BLANCA YANETH JIMÉNEZ VALENCIA

CARGO: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

ENTIDAD: ALCALDÍA MUNICIPAL DEL SOCORRO SANTANDER

CERTIFICA QUE:

LA PROFESIONAL: XIMENA LUCELLY SÁNCHEZ CORTES

CARGO: CONTRATISTA DEPENDENCIA O MUNICIPIO: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

PERMANECIO EN LA CIUDAD DE O MUNICIPIO: SOCORRO SANTANDER

EN EJERCICIO PROPIO DE SUS FUNCIONES DURANTE EL PERIODO ENTRE EL JUEVES 27 DE NOVIEMBRE Y VIERNES 28 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2025.

Blanca Yaneth Jiménez Valencia
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

FUNCIONARIO QUE CERTIFICA: BLANCA YANETH JIMÉNEZ VALENCIA

CORREO ELECTRONICO Y/O TELEFONO DE CONTACTO: desarrollosocial@socorro-santander.gov.co / 301 7981442

Se expide en el Socorro, Santander a solicitud del interesado para trámite respectivo ante la Secretaría de salud de Santander, a los 28 días del mes de Noviembre del presente año 2025.

República de Colombia Departamento de Santander Municipio del Socorro NIT 890.203.688-8	ALCALDÍA MUNICIPIO DEL SOCORRO CERTIFICADO DE PERMANENCIA			
	Versión: 02	Fecha: 30/01/2024	Página 1 de 1	Código: F-PTH-10-016

EL SUSCRITO: BLANCA YANETH JIMÉNEZ VALENCIA

CARGO: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

ENTIDAD: ALCALDÍA MUNICIPAL DEL SOCORRO SANTANDER

CERTIFICA QUE:

LA PROFESIONAL: LIZETH MAYERLY CONDE RODRIGUEZ

CARGO: CONTRATISTA DEPENDENCIA O MUNICIPIO: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

PERMANECIO EN LA CIUDAD DE O MUNICIPIO: SOCORRO SANTANDER

EN EJERCICIO PROPIO DE SUS FUNCIONES DURANTE EL PERIODO ENTRE EL JUEVES 27 DE NOVIEMBRE Y VIERNES 28 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2025.

Blanca Yaneth Jiménez Valencia
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

FUNCIONARIO QUE CERTIFICA: BLANCA YANETH JIMÉNEZ VALENCIA

CORREO ELECTRONICO Y/O TELEFONO DE CONTACTO: desarrollosocial@socorro-santander.gov.co / 301 7981442

Se expide en el Socorro, Santander a solicitud del interesado para trámite respectivo ante la Secretaría de salud de Santander, a los 28 días del mes de Noviembre del presente año 2025.

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: 13 de Noviembre del 2025 | Hora: 2:00 pm

Objetivo: Validación de la propuesta del programa escuelas de ciudadanía alimentaria de la línea acción calidad de vida y fines de la SAN de la política pública para la GPDHA

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Validación

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	Emilce Florez	63465816	X			54	B/bermeja	Representante legal	3118020464	Emilsaflorez426@gmail.com.						X		X	
2	Elena Florez	63465826	X			52	B/bermejo	Comunidad	3138045295	Elenaflorez1977@gm.						X		X	
3	José Adolfo Marín Rivera	91441361		X		53	B/cabío	Comunidad	3176577261	joseadolfo marin2020@gmail.com			X						
4	Tania Maricela Gómez Cadena	1247475713	X			26	B/bermeja	Nutricionista	3178873943	maricelagomez1409@gmail.com									Tania Gómez
5	Viviana Hernandez	28020008	X			46	B/arenera	Lider P.C.N.	310586 9276	Vlavi1979@outlook.es			X					X	
6	Esteban Rafael Ferrer	1096233658		X		30	Campo 23	Fundación gama fun;	3107406892	esteban17ferc@gmail com.						X		X	
7	Jazmith Martinez C.	37555546	X			47	Barrancaberm	Secretaria Salud	3143443532	jazmith.martinez@barrancabermejagov.co								X	
8	Lizet P. Machado C.	1050923429	X			30	B/bermeja	Afroconbarra Afrocabalgata PCN	3005775997	lichecruz95@gmail.com			X		X			X	
9	Ubladina Cruzado	63.464131.	X			53	B/bermeja	Afroconbarra Afroeducadores PCN	3014374948	lichecruz95@gmail.com			X		X			X	Ubladina CP
10	Rosalba Estupiñan	63.478378	X			57	B/cabaj	FADUCI	3122554930	estupinan1031@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: 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	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Bolivar, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Emilse Florez Edad 54

Dirección e información de contacto:

Utrach la union Tel. 3118020968

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Bolivar

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elena Florez Edad 52.

Dirección e información de contacto:

Vereda Mosquera San Rafael Tel. 3138045295

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: ✓

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha____/____/____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): Kanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

José Adolfo Mann Rivera Edad 53

Dirección e información de contacto:

calle 58 # 38-45 B. Alcazar Tel. 3177657761

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): B/bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tania Marcela Gomez Cadena Edad 26

Dirección e información de contacto:

Clle 64 #38-03 Tel. 3178873943

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Tania 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: 13/11/2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

_____ Edad 46

Dirección e información de contacto:

Evviana Hernandez Macias Tel: 3105869276

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): B/bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanays Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Esteban Rafael Ferrera C. Edad 30

Dirección e información de contacto:

esteban171.erfc@gmail.com Tel. 3167406892

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): B/bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jurmith martinez Ardila Edad 47 años

Dirección e información de contacto:

Cra 15 # 39-44 Tel. 3143443532

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Jurmith 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: 13/11/2025 En (municipio, país): B/bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lizet Paola Machado C. Edad 30.

Dirección e información de contacto:

Cll 48-#124 Villbrelys- Tel. 3005797997.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): B/bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kannys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ubladina cruzado pacheco. Edad 53

Dirección e información de contacto:

Cll 48-124 villarelys. Tel. 301 437 4968.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: xubladina cruzado 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: ubladina _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander,** para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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): B/bermeja

Por (fotógrafo o camarógrafo): Kanys Alvarado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosalba Estupiñan Estupiñan Edad 57

Dirección e información de contacto:

C 11 56 # 84d-03 B. 1º de mayo Tel. 3127585493

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Rosalba

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 3

ACTA No. 01

Fecha: 24/09/2025 **Hora:** 11:00 am **Lugar:** Oficina secretaria de salud de Santander

Orden del día

1. Presentación de la supervisora del contrato Dra. Linda Salazar Grimaldos y el profesional que realizara la actividad.
2. Intervención de la Supervisora y explicación de la ejecución de la actividad.
3. Preguntas y dudas de los productos a entregar por parte del equipo técnico
4. Finalización de la reunión

Desarrollo de la Reunión

Presentación de la supervisora del contrato Dra. Linda Salazar Grimaldos y el profesional que realizara la actividad. Hernando José Malagón Rodríguez

La supervisora explica las actividades contractuales.

4. REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES EN LA ESTRATEGIA DE DESPARASITACIÓN ANTIHELMÍNTICA

La actividad consiste en:

- Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. PRODUCTO: Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.

- Participar en una reunión convocada por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato. PRODUCTO: a) acta de reunión, b) registro de asistencia.

- Realizar una (1) actividad de desarrollo de capacidades de 16 horas en la estrategia de desparasitación antihelmíntica, educación en salud, campañas de prensa para promover las jornadas, efectos adversos, intoxicaciones. La actividad se realizará en el municipio de Bucaramanga, invitando talento humano de los municipios priorizados. PRODUCTOS: a) plan de desarrollo de capacidades, b) informe de la actividad, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) presentaciones visuales, e) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, f) evidencia de entrega de certificados de asistencia a las personas que asistan a mínimo el 80% de la actividad.

- Se debe contar con autorización de los asistentes, con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental. PRODUCTO: autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.

- Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la actividad, que contenga: objetivo, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. PRODÚCTO: a) documento de Informe final.

- Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de la actividad). Se deberá usar solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.

- Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social. Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: Un (1) profesional en medicina, Un (1) profesional en bacteriología, Un (1) técnico en diseño gráfico, Una (1) Persona de apoyo logístico.

Cierre de la actividad: Se dio por finalizado el encuentro y se agradeció a los participantes por su asistencia.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Elaborar plan de trabajo.	01/10/2025	Hernando José Malagón Rodríguez
Definir próxima reunión	01/10/2025	Dra. Linda Salazar Grimaldos

Siendo las 12:00 m. se termina del 24/09/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

Dra. Linda Salazar Grimaldos
Profesional universitario
Quien lidera la Reunión

Hernando José Malagón Rodríguez
Bacteriólogo
Participante.

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	12/05/25
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 24/09/2025 | Hora: 11:00 Am.

Objetivo: Participar en Reuniones Periodicas Convocadas por el Supervisor.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario_____ Participacion Ciudadana_____ Tema:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CICLO DE VIDA	INTERSECCIONALIDAD											FIRMA / HUELLA
											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	Linda Salazar Grimaldo	63442458	X				Bucaramanga Secr. Salud	Prof	3175122797	ca.lsalazargo@santander.gov.co							X		
2	Hernando Maldonado Rodriguez	1.100950486		X			B/manga HUS	Bacteriologo	3159278696	h.maldonado@hotmail.com						X	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).

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. Tratamiento de Datos

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 3

ACTA No. 02

Fecha: 08/10/2025 **Hora:** 11:00 am **Lugar:** Oficina secretaria de salud de Santander

Orden del día

1. Saludo de inicio de la reunión por parte de la supervisora del contrato Dra. Linda Salazar Grimaldos al profesional a cargo de la actividad.
2. Intervención del profesional a cargo explicando acerca del desarrollo de la actividad.
3. Preguntas y dudas por parte de la supervisión
4. Finalización de la reunión

Desarrollo de la Reunión

Saludo de la supervisora del contrato Dra. Linda Salazar Grimaldos al profesional a cargo de la actividad Hernando José Malagón Rodríguez.

1. Intervención de Hernando José Malagón Rodríguez sobre las actividades a realizar.

REALIZAR DESARROLLO DE CAPACIDADES EN LA ESTRATEGIA DE DESPARASITACIÓN ANTIHELMÍNTICA.

ACTIVIDAD	PRODUCTO	METODOLOGÍA
Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	Plan de trabajo, Cronograma Calendario mensual de actividades.	* Reunión del equipo técnico del proyecto para acordar y elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario de actividades. * Elaboración y envío de los documentos.
Participar en una reunión convocada por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.	a) acta de reunión, b) registro de asistencia.	Se realizarán 4 reuniones en septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2025, convocadas por el supervisor, con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.

Realizar una (1) actividad de desarrollo de capacidades de 16 horas en la estrategia de desparasitación antihelmíntica, educación en salud, campañas de prensa para promover las jornadas, efectos adversos, intoxicaciones. La actividad se realizará en el municipio de Bucaramanga, invitando talento humano de los municipios priorizados. PRODUCTOS: a) plan de desarrollo de capacidades, b) informe de la actividad, c) evidencias de envío de correos electrónicos, d) presentaciones visuales, e) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, f) evidencia de entrega de certificados de asistencia a las personas que asistan a mínimo el 80% de la actividad.	a) plan de desarrollo de capacidades b) informe de la actividad c) evidencias de envío de correos electrónicos d) presentaciones visuales e) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel f) evidencia de entrega de certificados de asistencia a las personas que asistan a mínimo el 80% de la actividad	* Con ayuda de la supervisión de acuerda los temas específicos a tratar * Organización de las bases de datos de participantes * Concertación de cronograma y logística de los desarrollos de capacidades * Búsqueda bibliográfica * Selección de información * Elaboración del documento de desarrollo de capacidades * Elaboración de la ppt * Elaboración y entrega del informe de actividades
Se debe contar con autorización de los asistentes, con relación al uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	a) Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.	La supervisora del contrato no suministra el documento para la autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental.
Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la actividad, que contenga: objetivo, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones.	a) Documento de Informe final.	Elaboración de informe final.
Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de la actividad). Se deberá usar solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida	Las actividades se realizaron teniendo en cuenta la normatividad establecida
Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social. Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: Un (1) profesional en medicina, Un (1) profesional en bacteriología, Un (1) técnico en diseño gráfico, Una (1) Persona de apoyo logístico	Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida Se selecciona el talento humano para la actividad	Se entregara hojas de vida de los ejecutores del contrato.

2. Cierre de la actividad: Se dio por finalizado el encuentro y se agradeció a los participantes por su asistencia.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	3 de 3

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Ejecución de actividades	Octubre 2025 Noviembre 2025 Diciembre 2025	Hernando José Malagón Rodríguez

Siendo las 12:00 m. se termina la reunión del 08/10/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

Dra. Linda Salazar Grimaldos
Profesional universitario
Quien lidera la Reunión

Hernando José Malagón Rodríguez
Bacteriólogo
Participante

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

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 08/10/2025 | Hora: 11:00 am.

Objetivo: Participar en reuniones periodicas convocadas por el supervisor

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema:

			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	Hernando Molugon Rodriguez	1100950486		X		38	Bucaramanga	B/mlogo.	3159278696	hmolugon@hotmail.com.						X	X		
2	Linda Salazar Granados	63442458	X			57	Bga	Prof	3175122797	ca.salazargo santander.gov.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	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 1

ACTA No. 03

Fecha: 05/12/2025 **Hora:** 11:00 am **Lugar:** Oficina de la secretaria de salud de Santander

Orden del día

1. Presentación de la supervisora del contrato Dra. Linda Salazar Grimaldos y el profesional responsable la actividad.
2. Intervención de la Supervisora y explicación de la ejecución de la actividad por parte del profesional a cargo
3. Preguntas y dudas de los productos a entregar por parte del equipo técnico
4. Finalización de la reunión

Desarrollo de la Reunión

Presentación de la supervisora del contrato Dra. Linda Salazar Grimaldos y el profesional responsable de la actividad Hernando José Malagón Rodríguez

Con el fin de orientar al talento humano de los municipios priorizados en el departamento de Santander frente a la estrategia de desparasitación antihelmíntica se realizó un desarrollo de capacidades en la estrategia de desparasitación antihelmíntica priorizando temas como educación en salud, campaña de prensa para promover jornadas, efectos adversos e intoxicaciones; con el talento humano asistente se trabajó una metodología dinámica donde los participantes nos demostraron gran interés en el tema y nos solicitaron mas desarrollos de capacidades en el año.
Cierre de la actividad: Se dio por finalizado el encuentro y se agradeció a los participantes por su asistencia.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Elaborar informes finales	05/12/2025	Hernando José Malagón Rodríguez

Siendo las 11:00 a.m. se termina del 05/12/2025, con la firma de los asistentes.

FIRMAS

Dra. Linda Salazar Grimaldos
Profesional universitario
Quien lidera la Reunión

Hernando José Malagón Rodríguez
Bacteriólogo
Participante

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

Provincia: Metropolitana | Municipio: Bucaramanga | Fecha: 05/12-2025 | Hora: 11:00 Am.

Objetivo: Participar en reuniones Periodicas convocadas por el Supervisor.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Tema:

				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	Hernando Malagon Rodriguez	1100950486			X		38	B/manga	B/log.	3159278696	h.malagon@hotmail.com						X	X		
2	Linda Salazar G	63442458		X			57	Bga	Prof	3175122797	ca.lsalazar@santander.gov.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

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: 27 noviembre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades de 16 horas en la estrategia desparasitación antihelmintica en salud, campañas de prensa para promover las jornadas, efectos adversos e intoxicaciones

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Educación

INTERSECCIONALIDAD

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	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	Elizabeth Olaya	1098825047	X			26	B/ga	Nutricionista Dietista	3188891665	elizbeth081224@gmail.com							X		
2	Leidy F. Bautillo Vargas	1096483553	X			35	B/ga.	Enfermera Jefe.	3217578178	lelesita_25@hotmail.com							X		
3	Ingrid N. Linarez	1096953785	X			32	B/ga	Enfer-especialista	3219581070	Lizfan16@outlook.es							X		
4	Leidy Tatiana Jaraba	1101203593	X			35	B/manga	AUX Enfermeria	3239470115	jarabajuanmanuel@gmail.com							X		
5	Maria Fda. Camacho	1095836284	X			28	B/ga.	auxiliar enfermeria	3142255789	mariafda751@gmail.com							X		
6	Natalia Alvarez Arias	634480407	X			33	B/ga	Auxiliar Enfermeria	3122114794	nataliaalvarez87.@Hotmail.com							X		
7	Angie Carolina Chapeta Pabon	1007868256	X			25	B/manga.	AUX ENFERMERIA	3102629892	angiecarolinapabon15@gmail.com							X		
8	Dulce Maria Ayala	1099740208	X			18	B/manga	Aux. Enfermeria	3184284939	ayala30mg.C@.gmail.com							X		
9	Maria Alejandra Arias	1095818117	X			31	B/ manga	Enfermera	3214683503	alejandra-9401@hotmail.com							X		Alejandra Arias
10	Andres David Duran Correa	1098653859		X		35	B/manga	Nutricionista	3159262256	nutricionistadavidduran@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: Bucaramanga | Fecha: 27 noviembre 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades de 16 horas en la estrategia desparasitación antihelmintica

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____

Tema: Educación en salud, campañas de prensa para promover las jornadas, efectos adversos e intoxicaciones

INTERSECCIONALIDAD

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	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	Tatiana Cuecano Ramirez	1093812333	X			27	B/manga	Nutricionista	3164248879	Tatianahw202@gmail.com							X		
2	Esther Yaneth Alvarez Parra	1005289045	X			23	B/manga	Nutricionista	3174151374	nutn.esteral@gmail.com							X		
3	Dayana Melissa Chaparro M	1100975574	X			26	B/manga	Nutricionista	3046275670	dayanamelysa@hotmail.e							X		
4	Laura Cristina Avendaño M.	1007283649	X			25	B/manga	Nutricionista	3167582101	lauracristina.nd@gmail.com							X		
5	Laura Isabel Álvarez Bacca	1005280669	X			24	B/manga	Nutricionista	3103005384	laurasabacca@gmail.com							X		
6	Ayda Alejandra S	1098616159	X			31	Bucaramanga SSS	Bacteriologa	3103481745	ayudaalejandra@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.

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: 28 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades de 16horas en la estrategia desparasitación antihelmintica

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X | Beneficiario ____ | Participacion Ciudadana ____ | Tema: Educación en salud, campañas de prensa para promover las jornadas, efectos adversos e intoxicaciones

N°	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	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	Natalia Alvarez Arias	63480409	X			43	B/manga	Auxiliar Enfermeria	3172211479	nataliaalvarez287@hotmail.							X		
2	Angie Carolina Chapeta Pabon	1007868256	X			25	B/manga	Aux. enfermera	3102629842	angiepabonpabon.15@gmail.com							X		
3	Leidy Tatiana Jaraba Londoño	1101203593	X			35	B/manga	Aux enfermera	3239470115	jarabajuanmanuel@gmail.com							X		
4	Arleen Delgado Sanchez	1098616159	X			39	Bucaramanga	Bacteriologa	3103161775	antihelmintica@gmail.com							X		
5	Leidy Fabiola Bucello Vargas	1096483553				35	B/manga	Enfermera Jefe	3217578178	lelesita_25@hotmail.com							X		
6	Dulce Maria Ayala	1099740208	X			18	B/manga	Aux. Enfermeria	3184284939	ayalazoma.c@gmail.com							X		
7	Estefany Yanith Alvarez Perez	1005289095	X			23	B/manga	Nutricionista	3174151374	nutri.estefal@gmail.com							X		
8	Elizabeth Olaya	1098825044	X			26	Blga	Nutricionista	3188889265	elizabeth2orsolaya@gmail.com							X		
9	Andrés David Duan C.	1043683859		X		35	B/manga	Nutricionista	3159262256	nutricionistadavidduan@gmail.com								X	
10	Tatiana Lizcano Ramirez	1098812833	X			27	B/manga	Nutricionista	3164248849	Tatianalizcano20@gmail.com							X		

INTERSECCIONALIDAD

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 | Fecha: 28 de Noviembre del 2025 | Hora: 8:00 am

Objetivo: Desarrollar capacidades de 16 horas en la estrategia desparasitación antihelmintica

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica X Beneficiario ____ Participacion Ciudadana ____ Tema: Educación en salud, Campañas de prensa para promover las jornadas, efectos adversos e intoxicaciones

			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 Fernanda Camacho Chaparro	1095886284	X			28	Blga.	Auxiliar de Enfermeria	3142255789	mariafda251@gmail.com							X		Maria Camacho
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: 26 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón R

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elizabeth Olaya Torres Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Calle 63a #3W-03 Tel. 3188889265

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón R.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Fabiola Badillo Vargas. Edad 35 Años.

Dirección e información de contacto:

Cll 157 #154-215 Tel. 3217578178

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Leidy Badillo

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina Maria Malagón R.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Lizeth V. Viviana Daza. Edad 32 años

Dirección e información de contacto:

Cll 10 #26-56. Tel. 3219581070.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Lizeth Viviana Lizarazo 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: 27 / 11 / 20 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón R

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Tatiana Zaraba Londoño Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

Calle 89b # 17c-42 Tel. 3239470115.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	.0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / Nov / 25. En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Una María Malagón R

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Fernanda Camacho Ch. Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

Cra 40A #105-18 Tel. 3142255789

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: María Fda 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: 27/11/2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón R

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Natalia Alvarez Arón Edad 53 años

Dirección e información de contacto:

Calle 22 Nº 22-63. B. Alarcon Tel. 3172211479

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón R

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dreic Carolina Chapeta Abaúnz Edad 25 años

Dirección e información de contacto:

Manzana 8 Casa 16 / Miradores de la Florida Tel. 3102629892

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dreic Chapeta .

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 25 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón R

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dulce María Ayala Edad 18 años

Dirección e información de contacto:

Cra 35 #36-37 Tel. 3184284939

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dulce María 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: 27 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón R

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Alejandra Arias Villamizar Edad 31 años

Dirección e información de contacto:

Calle 196 b # 21d - 01 Tel. 321 968 3507

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: 27/11/25 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón Rodriguez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Andrés David Duran Correa Edad 35 años

Dirección e información de contacto:

Carrera 30 # 31-43 Tel. 3159262256

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: _____

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Linci Malagón R.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tatiana Liz cano Ramirez Edad 27 años

Dirección e información de contacto:

Av. La Posta # 27-37 Tel. 3164248849

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Tatiana Ramirez

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Esther Alvarez Edad 23

Dirección e información de contacto:

Blga Tel. 3174151374

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Yam 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: 27 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina M. Malagón R.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dayanna Melissa Chaparro Malagon Edad 26 años

Dirección e información de contacto:

Cra 23 # 20 - 57 Tel. 3046275670

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Dayanna Chaparro Malagon

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

A través de la firma de autorización en este formato, otorgo los derechos a nombre de la **Gobernación de Santander**, para la reproducción exhibición y difusión a nivel mundial y en perpetuidad, en cualquier formato, tradicional o electrónico, de 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 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina Malagón R

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Cristina Avendaño Molina Edad 25 años.

Dirección e información de contacto:

Cra 26 #10-29 Tel. 3167582101.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura 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: 27 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina Malagón R

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Isabel Alvarez Baca Edad 24 años

Dirección e información de contacto:

Calle 14 #25-30 Tel. 3183005383.

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Laura Isabel 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: 27 / 11 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga . Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Lina María Malagón

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ayleen Delgado Suarez Edad 39

Dirección e información de contacto:

Blga Tel. 3103464775

Confirmo que estás imágenes fueron tomadas con mi total conocimiento y consentimiento.

Firma: Ayleen Delgado S.

SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍAS/VIDEO ES MENOR DE EDAD

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

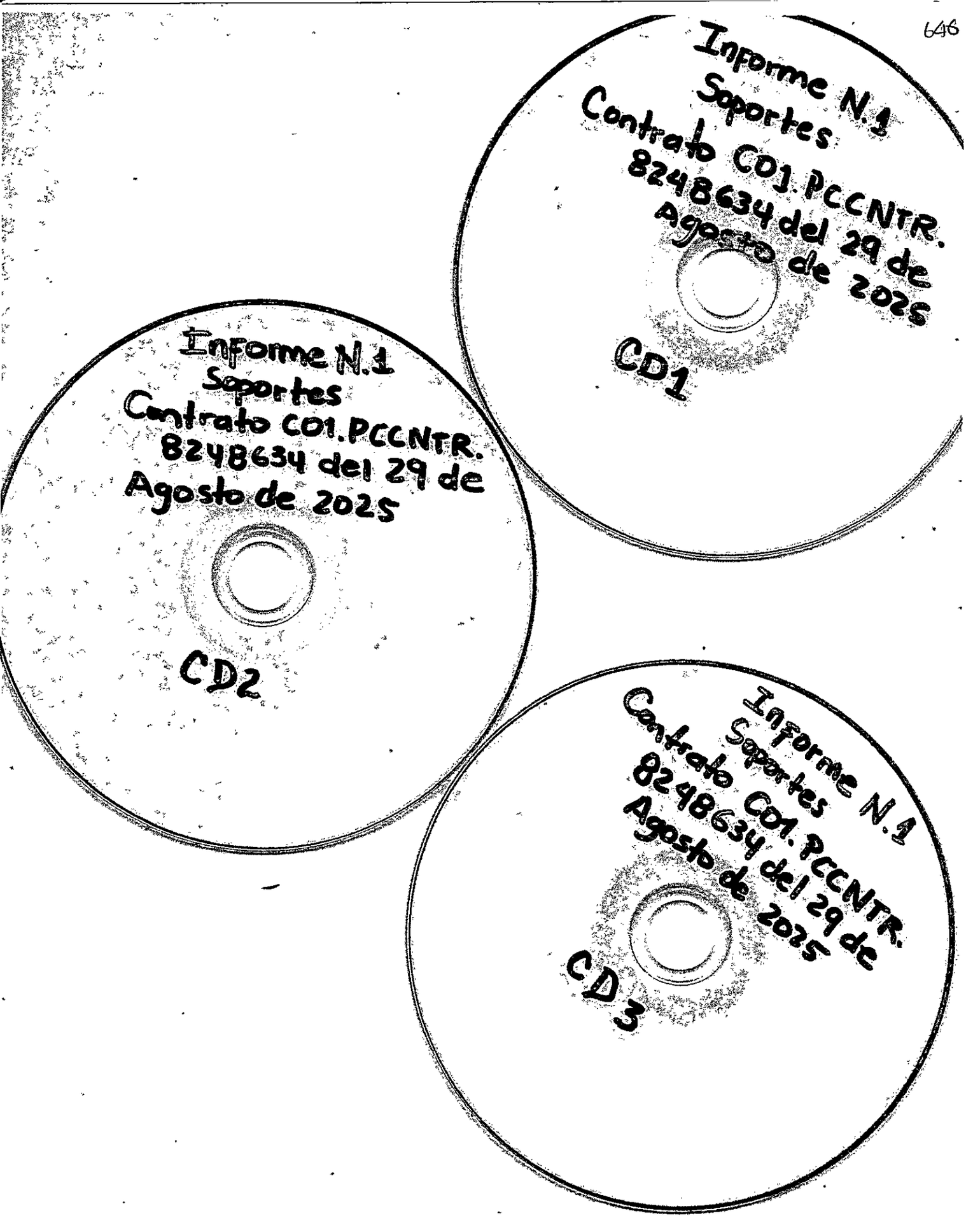
Confirmo que soy el tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del niño(a):

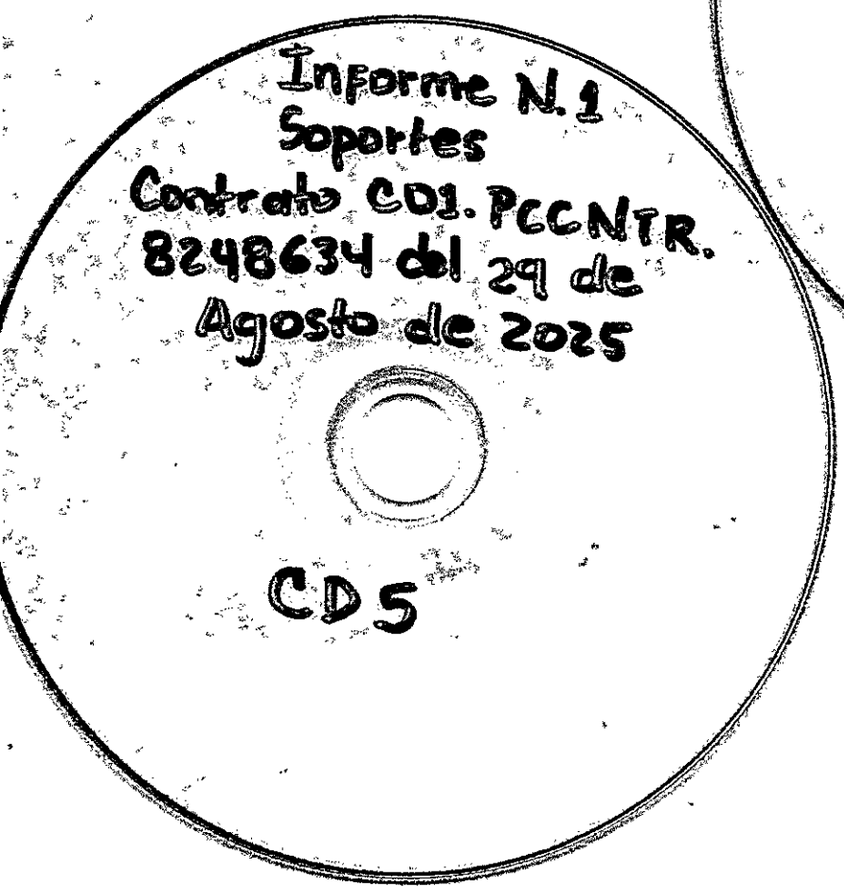
Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.


Informe N.1
Soportes
Contrato CO1.PCCNTR.
8248634 del 29 de
Agosto de 2025
CD1
Informe N.1
Soportes
Contrato CO1.PCCNTR.
8248634 del 29 de
Agosto de 2025
CD2
Informe N.1
Soportes
Contrato CO1.PCCNTR.
8248634 del 29 de
Agosto de 2025
CD3


Informe N.1
Soportes
Contrato CD1.PCCNTR.
8248634 del 29 de
Agosto de 2025
CD 5


Informe N.1
Soportes
Contrato CD1.PCCNTR.
8248634 del 29 de
Agosto de 2025
CD 4.

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	

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

650

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 COMPAÑIA 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	

651

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

652

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 **Período pensión:** 2025-10 **Período 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	

653

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 límite 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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

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 **********
****
****

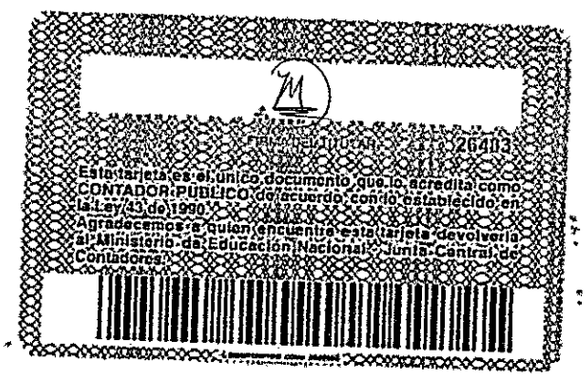
Dado en BOGOTA a los 9 días del mes de Diciembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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
ERINSON
ROJAS ZABALA
C.C. 1.37[illegible]
RESOLUCION INSCRIPCION 236 FECHA 2004/11/25
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Presidente
Firma del Titular


26403
Esta tarjeta es el único 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.

659

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, 7 de enero de 2026

Doctora:
NURY PAOLA QUINTERO QUINTERO
Directora de apoyo jurídico y procesos sancionatorios
Secretaría de Salud Departamental

Asunto: Entrega de documentos del contrato CO1.PCCNTR.8248634 del 29 de agosto de 2025, para su digitalización y archivo.

De manera respetuosa me permito hacer entrega de la documentación correspondiente al contrato CO1.PCCNTR.8248634 del 29 de agosto 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 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER"** para que sean anexados al expediente contractual.

Los documentos que acá se relacionan son:

- Factura (1 Folio)
- Certificado tributario (1 Folio)
- Informe de supervisión 1 (2 Folios)
- Acta de recibo parcial (2 Folios)
- Informe de Actividades del Contratista Nº1 (15 Folios)
- Soportes (470 folios y 5 CD)
- Certificado de Aportes al Sistema de Seguridad Social (1 folio)
- Carta (1 Folio)

Cordialmente,

LINDA SALAZAR GRIMALDOS
Supervisora contrato CO1.PCCNTR.8248634 del 29 de agosto de 2025