171

(1) Anexo

ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CHIMA
NIT: 890204581 - SGSSS: 6817600712
CALLE 6 #3-66 SECTOR EL PROGRESO - 68 - 68176
TEL: 3176438293

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FE4205

Fecha generación: 2025-12-22 15:43:12
Fecha de expedición: 2025-12-22 10:43:17
Fecha de vencimiento: 2026-01-21

Administradora:	GOBERNACION DE SANTANDER	Nit:	890201235
Dirección:	CALLE 37 # 10-36 - 68 - 68001	Telefono:	018000950020
Contrato:	GOBERNACION	Tipo:	CAPITACION
Fecha ingreso:	2025-09-01	Fecha egreso:	2025-12-22
Forma de Pago:	TRANSFERENCIA DEBITO	Medio de Pago:	CREDITO

Cod. Servicio		Vr. Pac.	Vr. Cont.	Total
1	PRIMER PAGO CORRESPONDIENTE AL 50% DEL VALOR DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CO1.PCCNTR.7723746, CUYO OBJETO ES IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER	$0.00	$40,200,000.00	$40,200,000.00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$40,200,000.00
VALOR TOTAL AL PACIENTE Y/O DESCUENTOS	$0.00
VALOR TOTAL AL CONTRATO	$40,200,000.00
VALOR IVA	$0.00
VALOR TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	$40,200,000.00
EN LETRAS	CUARENTA MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE

AUTORIZACION DIAN Nº 18764095648014 DE FECHA 2025-07-15, RANGO DESDE 3801 HASTA 4400 VIGENCIA DESDE 2025-07-15 HASTA 2027-07-15

SSCUFE a6c1d4ee064d57a74c172ee63c4874650a8a5cf71bf76721b0d659ab6d3a70adc88e8337bd7a35cbb3a839b1906bc517

SE CERTIFICA QUE LA PRESENTE COPIA DE ESTE DOCUMENTO FUE FIRMADA DIGITALMENTE HACIENDO USO DEL SOFTWARE VERSIÓN EL DIA LUNES 22 DE DICIEMBRE DEL 2025 A LAS 10:43:12 HACIENDO USO DE UN CERTIFICADO DIGITAL AUTORIZADO POR LA AUTORIDAD CERTIFICADORA CA ANDES SCD S.A. Clase II v3, ESTE DOCUMENTO YA CUENTA CON UNA VALIDACION PREVIA POR PARTE DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES D.I.AN.

172

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.7723746 del 31 de marzo de 2025, me permito certificar que para la aplicación de la Retención en la Fuente sobre Industria y Comercio – RETEICA:

MUNICIPIO(S) DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES	CODIGO REGISTRADO	ACTIVIDAD REGISTRADA	TARIFA A APLICAR	VALOR BASE (ANTES DE IVA)
Chima	8610	Actividades de Hospitales y Clínicas con internación	N/A	$40.200.000

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 dieciséis (16) días del mes de marzo de 2026

Firma del Contratista:
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE CHIMA
C.C. NO. 890204581-3
CORREO ELECTRONICO: gerencia@esehospitalsanroque-chima- santander.gov.co
TELEFONO DE CONTACTO: 3176438293

173

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 01

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.7723746 DEL 31 DE MARZO DE 2025
CONTRATO GUANE	2025 00001091
CONTRATISTA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE DE CHIMA SANTANDER
Nit O C.C. No.:	890204581
OBJETO:	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER

VALOR INICIAL:	$80,400,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
VALOR TOTAL:	$80,400,000.00

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

AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	$0.00
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	$0.00
AMORTIZACION TOTAL:	$0.00
PLAZO INICIAL:	OCHO (8) MESES
PLAZO ADICIONAL:	NO APLICA
PLAZO TOTAL:	8 MESES

SUPERVISOR:	LINDA SALAZAR GRIMALDOS
Acto Administrativo de Supervisión:	13 DE MAYO DE 2025

NTERVENTOR:	NO APLICA
No. Contrato del Interventor:	
FECHA DE INICIACIÓN:	21/04/2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	20/12/2025

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

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

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

PRORROGAS:

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	
OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	$ 40,200,000.00	No. DE COBROS REALIZADOS:	1	DE	2

PERÍODO DE PAGO:	DESDE:	21/04/2025	HASTA:	31/10/2025

No. del RP:	25002414, 25002415, 25002416, 25002417
Fuente del RP:	SGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA - PIC

Gobernación de Santander	**INFORME DE SUPERVISIÓN**	CÓDIGO	AP-CCP-RG-03
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACION	04/02/2025
		PÁGINA	2 dE 2

174

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

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

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

Se firma para trámite de pago, a los dieciseis (16) dias del mes de marzo de 2026

Firma: _____

Nombre: LINDA SALAZAR GRIMALDOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO.

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

ACTA DE RECIBO PARCIAL N° 1

TIPO DE CONTRATO :	**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO**
CONTRATO No. Y FECHA:	**CO1.PCCNTR.7723746 del 31 de marzo de 2025**
CONTRATISTA:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE DE CHIMA SANTANDER**
Nit o C.C. No.	890204581
OBJETO:	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER
VALOR INICIAL:	$80,400,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
ANTICIPO INICIAL (XXXX %):	N/A
ANTICIPO ADICIONAL (XXXX %):	N/A
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL	N/A
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC.	N/A
PLAZO INICIAL:	OCHO (8) - Meses
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 de fecha 13 de mayo de 2025
FECHA DE INICIACION:	21 de abril de 2025
FECHA DE TERMINACION:	20 de diciembre de 2025
MUNICIPIO:	**CHIMA**
OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

En **Bucaramanga**, a los dieciséis días del mes de marzo de 2026, se reunieron, Linda Salazar Grimaldos, en calidad de Supervisor del Departamento y **ALMEYDA ZANGUÑA AURA MERCEDES**, quien comparece en nombre propio o calidad de Representante legal de **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE DE CHIMA SANTANDER,** como Contratista, con el fin de elaborar la presenta Acta de Recibo Parcial correspondiente al periodo **21/04/2025** al **31/10/2025**, del presente Contrato de acuerdo con las actividades ejecutadas y consignadas en el Anexo de la cuenta 01 , 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. **N° 1**	$ 80,400,000.00
MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$
MENOS AMORTIZACION DE ANTICIPO XX%	0.00
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 40,200,000.00**

SON: CUARENTA MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($ 40,200,000.00)

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

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los dieciséis días del mes de marzo de 2026

ALMEYDA ZANGUÑA AURA MERCEDES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL
SAN ROQUE DE CHIMA SANTANDER
Contratista

LINDA SALAZAR GRIMALDOS
Supervisor

177

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 9

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 001

TIPO DE CONTRATO:	**CONTRATO INTERADMINISTRATIV**O
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.7723746 del 31 de marzo de 2025
CONTRATISTA:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE DE CHIMA SANTANDER**
Nit o C.C. No.	890204581
OBJETO:	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER
VALOR INICIAL:	$80,400,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
VALOR TOTAL:	**$80,400,000.00**
ANTICIPO INICIAL:	$0.00
ANTICIPO ADICIONAL:	$0.00
ANTICIPO TOTAL:	**$0.00**
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	0.00
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	0.00
PLAZO INICIAL:	OCHO (8) - MESES
PLAZO ADICIONAL:	
PLAZO TOTAL:	**8 MESES**

SUPERVISOR:	**LINDA SALAZAR GRIMALDOS**
Acto Administrativo de Supervisión:	13 de mayo de 2025
INTERVENTOR:	
Acto Administrativo de Interventoría:	
FECHA DE INICIACIÓN:	21 de abril de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	20 de diciembre de 2025

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

ACTAS DE SUSPENSIÓN
ACTAS DE REINICIO
PRORROGAS:

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	
OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	**$ 40,200,000.00**	Cobros realizados: (incluyendo el actual)	N° 1	de	2

Periodo de Pago:	Desde:	21/04/2025	Hasta:	31/10/2025	

No. del RP:	25002414
Fuente del RP:	SGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA

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 9

No. del RP:	25002415
Fuente del RP:	SGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA

No. del RP:	25002416
Fuente del RP:	SGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA

No. del RP:	25002417
Fuente del RP:	SGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL / FINAL	N° 1	$ 40,200,000.00

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$
MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX%	0.00
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 40,200,000.00**

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).

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIA
1	Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.		
1.1	Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **Producto:** Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	Se elaboró el plan de trabajo, cronograma y calendarios mensuales de actividades.	Plan de trabajo. Cronograma. Calendarios mensuales de actividades.
1.2	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 realizó en una reunión mensual convocada por la supervisora del contrato con su respectiva acta de reunión.	a) Acta de reunión b) Registro de asistencia.
1.3	Realizar (1) reunión de coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio. **Producto:** acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.	Se realizó la reunión de coordinación de las acciones con la secretaria de salud del municipio, donde se expusieron las actividades a ejecutar.	Acta de reunión, Registro fotográfico. Certificación de permanencia.
1.4	Realizar dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes (si las hay) Las actividades las realizará un nutricionista dietista. Se realizará solo una actividad educativa al día **Productos:** a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia	Durante el periodo en mención se realizaron ocho (8) de las veinte (20) sesiones educativas hasta la fecha de corte dirigidas a cuidadores y gestantes. Las actividades las realizó un nutricionista dietista. Se realizó solo una actividad educativa al día.	a) 8 sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia

1.5	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.	Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (vídeos) y de propiedad intelectual otorgado a la secretaría de salud departamental.
1.6	Las personas deberán ser canalizadas a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Para tal fin se realizará identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud. **Producto:** a) registro de asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b). seguimiento de canalización y atención en formato.	Las personas se canalizaron a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Se realizó identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud	a) Registro de asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b) seguimiento de canalización y atención en formato.
1.7	Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, que contenga: objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. Producto: a) documento de Informe final.	Se entrega un informe parcial de las actividades contratadas.	Entrega de informe con anexos.
1.8	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. Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	Para la realización de las actividades se garantizó la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se usaron solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud. Las actividades se realizaron teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	N/A
1.9	Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: un (1) Nutricionista Dietista, una persona de apoyo logístico.	Para el desarrollo de las actividades se contó con: un (1) Nutricionista Dietista, una persona de apoyo logístico.	Las hojas de vida se incluirán en el último informe.
2	Conformar redes para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria y el desarrollo integral de las niñas y los niños en el entorno comunitario.		
2.1	Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. Producto: Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	Se elaboró el plan de trabajo, cronograma y calendarios mensuales de actividades.	Plan de trabajo. Cronograma. Calendarios mensuales de actividades.
2.2	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)	Se realizó en una reunión mensual convocada por la supervisora del contrato con su respectiva acta de reunión.	a) Acta de reunión b) Registro de asistencia.

	acta de reunión, b) registro de asistencia		
2.3	Realizar una (1) reunión de coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio. Productos: acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.	Se realizó la reunión de coordinación de las acciones con la secretaria de salud del municipio, donde se expusieron las actividades a ejecutar.	Acta de reunión, Registro fotográfico. Certificación de permanencia.
2.4	Realizar 12 talleres dirigidos a padres, gestantes (si las hay), mujeres en periodo de lactancia, familias y cuidadores de las niñas y los niños para la conformación de grupos de apoyo para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria y el desarrollo integral de las niñas y los niños. Los talleres los realizará un nutricionista dietista, y se desarrollará solo un taller al día. **Productos:** a) 12 talleres de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) registros fotográficos d) certificación de permanencia.	Durante el periodo en mención se realizaron diez (10) de los doce (12) talleres dirigidos a padres, gestantes (si las hay), mujeres en periodo de lactancia, familias y cuidadores de las niñas y los niños para la conformación de grupos de apoyo para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria y el desarrollo integral de las niñas y los niños. Los talleres los realizó un nutricionista dietista, y se desarrolló solo un taller al día.	a) 10 talleres de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel. c) registros fotográficos. d) certificación de permanencia.
2.5	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.	Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la secretaría de salud departamental.
2.6	Las personas deberán ser canalizadas a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Para tal fin se realizará identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud. Producto: a) registro de asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b). seguimiento de canalización y atención en formato.	Las personas se canalizaron a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Se realizó identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud	a) Se registro de asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b) seguimiento de canalización y atención en formato.
2.7	Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, que contenga: objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. **Producto:** a) documento de Informe final.	Se entrega un informe parcial de las actividades contratadas.	Entrega de informe con anexos.
2.8	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.	Para la realización de las actividades se garantizó la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se usaron solo los logos	N/A

		institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaría de Salud.	
2.9	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 normativa establecida.	N/A
2.10	Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: un (1) Nutricionista Dietista, una persona de apoyo logístico.	Para el desarrollo de las actividades se contó con: un (1) Nutricionista Dietista, una persona de apoyo logístico.	Las hojas de vida se incluirán en el último informe.
3	**Actividad 3:** Realizar acciones de gestión del riesgo de la desnutrición en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en municipios priorizados del departamento de Santander.		
3.1	Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **Producto:** Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	Se elaboró el plan de trabajo, cronograma y calendarios mensuales de actividades.	Plan de trabajo. Cronograma. Calendarios mensuales de actividades.
3.2	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 realizó en una reunión mensual convocada por la supervisora del contrato con su respectiva acta de reunión.	a) Acta de reunión b) Registro de asistencia.
3.3	Realizar (1) reunión de coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio. **Producto:** acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.	Se realizó la reunión de coordinación de las acciones con la secretaria de salud del municipio, donde se expusieron las actividades a ejecutar.	Acta de reunión, Registro fotográfico. Certificación de permanencia.
3.4	Realizar dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes (si las hay) Las actividades las realizará un nutricionista dietista. Se realizará solo una actividad educativa al día **Productos:** a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia	Durante el periodo en mención se realizaron dieciséis (16) de las veinte (20) sesiones educativas hasta la fecha de corte, dirigidas a cuidadores y gestantes. Las actividades las realizó un nutricionista dietista. Se realizó solo una actividad educativa al día.	a) 16 sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia
3.5	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.	Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la secretaría de salud departamental.
3.6	Las personas deberán ser canalizadas a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Para tal fin se realizará	Las personas se canalizaron a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos	a) Se registro de asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de

	identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud. **Producto:** a) registro de asistencia en fisico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b). seguimiento de canalización y atención en formato.	de vida que les corresponda. Se realizó identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud	contexto, cultural y otro. b) seguimiento de canalización y atención en formato.
3.7	Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, que contenga: objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. Producto: a) documento de Informe final.	Se entrega un informe parcial de las actividades contratadas.	Entrega de informe con anexos.
3.8	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-Secretaria de Salud. Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	Para la realización de las actividades se garantizó la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se usaron solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaria de Salud. Las actividades se realizaron teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	N/A
3.9	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 normativa establecida.	N/A
3.10	Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: un (1) Nutricionista Dietista, una persona de apoyo logístico.	Para el desarrollo de las actividades se contó con: un (1) Nutricionista Dietista, una persona de apoyo logístico.	Las hojas de vida se incluirán en el último informe.
4	Realizar acciones de promoción de la alimentación saludable en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a adultez y vejez.		
4.1	Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **Producto:** Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	Se elaboró el plan de trabajo, cronograma y calendarios mensuales de actividades.	Plan de trabajo. Cronograma. Calendarios mensuales de actividades.
4.2	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 realizó una reunión mensual convocada por la supervisora del contrato con su respectiva acta de reunión.	a) Acta de reunión b) Registro de asistencia.
4.3	Realizar (1) reunión de coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio. **Producto:** acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.	Se realizó la reunión de coordinación de las acciones con la secretaria de salud del municipio, donde se expusieron las actividades a ejecutar.	Acta de reunión, Registro fotográfico. Certificación de permanencia.
4.4	Realizar dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes (si las hay) Las actividades las realizará un nutricionista dietista. Se realizará solo una actividad educativa al día	Durante el periodo en mención se realizaron 2 ciclos de 10 sesiones, en total veinte (20) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes. Las	a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado

	Productos: a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia	actividades las realizó un nutricionista dietista. Se realizó solo una actividad educativa al día.	en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia
4.5	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.	Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (vídeos) y de propiedad intelectual otorgado a la secretaría de salud departamental.
4.6	Las personas deberán ser canalizadas a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Para tal fin se realizará identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud. **Producto:** a) registro de asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b). seguimiento de canalización y atención en formato.	Las personas se canalizaron a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Se realizó identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud	a) Se registro de asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b) seguimiento de canalización y atención en formato.
4.7	Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, que contenga: objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. Producto: a) documento de Informe final.	Se entrega un informe parcial de las actividades contratadas.	Entrega de informe con anexos.
4.8	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-Secretaria de Salud. Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	Para la realización de las actividades se garantizó la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se usaron solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaria de Salud. Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	N/A
4.9	Para el desarrollo de las actividades se debe contar con: un (1) Nutricionista Dietista, una persona de apoyo logístico.	Para el desarrollo de las actividades se contó con: un (1) Nutricionista Dietista, una persona de apoyo logístico.	Las hojas de vida se incluirán en el último informe.
5	Actividad 5: Realizar acciones de gestión del riesgo de la malnutrición en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a adultez y vejez.		
5.1	Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **Producto:** Entrega del Plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	Se elaboró el plan de trabajo, cronograma y calendarios mensuales de actividades.	Plan de trabajo. Cronograma. Calendarios mensuales de actividades.

5.2	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 realizó en una reunión mensual convocada por la supervisora del contrato con su respectiva acta de reunión.	a) Acta de reunión b) Registro de asistencia.
5.3	Realizar (1) reunión de coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio. **Producto:** acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.	Se realizó la reunión de coordinación de las acciones con la secretaria de salud del municipio, donde se expusieron las actividades a ejecutar.	Acta de reunión, Registro fotográfico. Certificación de permanencia.
5.4	Realizar dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes (si las hay) Las actividades las realizará un nutricionista dietista. Se realizará solo una actividad educativa al día **Productos:** a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia	Durante el periodo en mención se realizaron 2 ciclos de 10 sesiones, en total veinte (20) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes. Las actividades las realizó un nutricionista dietista. Se realizó solo una actividad educativa al día.	a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia
5.5	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.	Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la secretaría de salud departamental.
5.6	Las personas deberán ser canalizadas a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Para tal fin se realizará identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud. **Producto:** a) registro de asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b). seguimiento de canalización y atención en formato.	Las personas se canalizaron a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Se realizó identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud	A) a) Se registro de asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b) seguimiento de canalización y atención en formato.
5.7	Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, que contenga: objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones. Producto: a) documento de Informe final.	Se entrega un informe parcial de las actividades contratadas.	Entrega de informe con anexos.
5.8	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-Secretaria de Salud. Las actividades se realizarán teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social.	Para la realización de las actividades se garantizó la logística e insumos (material didáctico para el desarrollo de las actividades). Se usaron solo los logos institucionales de la Gobernación de Santander-Secretaria de Salud. Las actividades se	N/A

Gobernación de Santander	**INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA**	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	9 de 9

		realizaron teniendo en cuenta la normatividad establecida por el Ministerio de salud y de la Protección Social	

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

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

Fecha:	dd-mm-aaaa	No. Entrada:	##	Valor:	$000
Observaciones :					

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	MES 3	MES 4	MES 4	MES 6	MES 7
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	ABRIL-2025	MAYO 2025	JUNIO 2025	JULIO 2025	AGOSTO 2025	**SEPTIEMBRE**	OCTUBRE 2025
	Fecha de pago	27-03-2025	29-04-2025	29-05-2025	26-06-2025	30-07-2025	**28-08-2025**	**29-09-2025**
	Nº de Planilla	32937892	33238650	33554383	33826975	34183046	**34509154**	**34830112**
	Ingreso Base de Cotización	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
	Valor cotizado	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
	EPS	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	ABRIL-2025	MAYO 2025	JUNIO 2025	JULIO 2025	AGOSTO 2025	**SEPTIEMBRE**	OCTUBRE
	Fecha de pago	29-04-2025	29-05-2025	26-06-2025	30-07-2025	**28-08-2025**	**29-09-2025**	29-10-2025
	Nº de Planilla	33238650	33554383	33826975	34183046	**34509154**	**34830112**	35136215
	Ingreso Base de Cotización	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
	Valor cotizado	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
	Fondo de Pensiones	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	ABRIL-2025	MAYO 2025	JUNIO 2025	JULIO 2025	AGOSTO 2025	**SEPTIEMBRE**	OCTUBRE
	Fecha de pago	29-04-2025	29-05-2025	26-06-2025	30-07-2025	**28-08-2025**	**29-09-2025**	29-10-2025
	Nº de Planilla	33238650	33554383	33826975	34183046	**34509154**	**34830112**	35136215
	Ingreso Base de Cotización	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
	Valor cotizado	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
	A.R.L.	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
PARAFISCALES	SENA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
	I.C.B.F.	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
	Caja de Compensación	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA	NÓMINA
VALOR TOTAL PAGADO								

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 16 días del mes de marzo de 2026

Firma del Contratista
NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE DE CHIMA SANTANDER
IDENTIFICACION No. 890204581
CORREO: Gerencia@esehospitalsanroque-chima-santander.gov.co
TELEFONO DE CONTACTO: 3176438293

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 N° 006

FECHA: Junio 03 de 2025 **HORA:** 8:00 a.m. **LUGAR:** Secretaria de Salud Departamental

Orden del día

1. Saludo de bienvenida, presentación del personal a cargo de la reunión y demás asistentes.
2. Presentación de los anexos técnicos correspondientes al proyecto a ejecutar, denominado: desarrollo de acciones de seguridad alimentaria y nutricional en Santander dirigidas por la ESE San Roque de Chima, a través CO1.PCCNTR.7723746.
3. Determinación de los compromisos por parte de los asistentes.
4. Despedida final.

DESARROLLO DE LA REUNION

- Siendo las 8:00am en las instalaciones de la Secretaria de Salud Departamental, en la oficina de Seguridad Alimentaria, se inicia la reunión de presentación del anexo técnico que corresponde al contrato interadministrativo CO1.PCCNTR.7723746, con un saludo de bienvenida por parte de la Dra. Linda Salazar supervisora del contrato y la gerente de hospital ESE San Roque de Chima, la Dra. Aura Mercedes Almeyda.

- Se continua la reunión, donde la Dra. Linda Salazar realiza la presentación y desglose específico del anexo técnico del contrato en mención, para cada una de las cinco (5) actividades con el objetivo de apoyar la implementación del proyecto denominado desarrollo de acciones de seguridad alimentaria y nutricional en Santander dirigidas por la ESE SAN ROQUE DE CHIMA.

- Seguidamente se presenta el anexo técnico de la primera actividad por parte de la Dra. Linda Salazar y a medida que se va especificando subactividad se van resolviendo las preguntas que surgen por parte de la Dra. Aura Almeyda en torno a los temas y formatos a diligenciar.

  ANEXO N. 10 - ACTIVIDAD 1. Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

  Realizar dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes (si las hay) Las actividades las realizará un nutricionista dietista. Se realizará solo una actividad educativa al día. Productos: a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) evaluaciones iniciales y finales. d) registros fotográficos e) certificación de permanencia.

  - **Contenido:** La lactancia materna; promoción de alimentación complementaria adecuada; alimentación de la madre lactante.

  - **Subcontenidos:**

1.1.	La leche materna.
1.2.	Beneficios de la lactancia materna
1.3.	La glándula mamaria
1.4.	Composición y fases de la leche materna
1.5.	Lactancia materna (Extracción, conservación, transporte y suministro de la leche materna)
1.6.	Cuidados de la madre lactante
1.7.	Lactancia materna a libre demanda
1.8.	Ambiente seguro para la madre lactante
1.9.	Posición correcta para amamantar
1.10	Agarre adecuado del pecho
1.11	Dificultades de la lactancia
1.12	Normas que protegen la lactancia materna

1.13	Promoción de alimentación complementaria adecuada. 1
1.14	Promoción de alimentación complementaria adecuada. 2
1.15	•Promoción de alimentación complementaria adecuada. 3
1.16	•Promoción de alimentación complementaria adecuada. 4
1.17	Mensajes clave a tener en cuenta en la alimentación complementaria.
1.18	Prácticas de higiene y manipulación de alimentos
1.19	Alimentación de la madre lactante.
1.20	Las bebidas durante la lactancia materna.

- Luego de la presentación, sobre el anexo técnico donde se relacionaron la cantidad de sesiones y sub contenidos los productos a entregar y se realizan los compromisos finales por parte de los participantes, donde se menciona la elaboración del acta de la reunión, así mismo, la gerente del a ESE manifiesta que ya está finalizando el proceso de contratación del profesional en Nutrición y Dietética y una persona encargada del apoyo logístico.

- Por último se realiza la despedida y agradecimiento de parte de la Dra. Linda Salazar por la asistencia a la reunión.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Elaboración del acta de la reunión	Inmediata	Gerente de la ESE San Roque de Chima
Finalizar con el proceso de contratación del profesional en Nutrición y apoyo logístico para dar inicio al desarrollo de las actividades.	Inmediata	Gerente de la ESE San Roque de Chima

Siendo las 8:30 a.m. se levanta la reunión y en constancia se anexa registro de la reunión del 03 de junio de 2025, con la firma de los asistentes.

FIRMA:

Linda Salazar Grimaldos
Supervisora
Secretaria de Salud Departamental

Aura Mercedes Almeyda
Gerente
Ese San Roque de Chima

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 N° 011

FECHA: Julio 18 de 2025 **HORA:** 8:00 a.m. **LUGAR:** Secretaria de Salud Departamental

Orden del día

1. Saludo de bienvenida, presentación del personal a cargo de la reunión y demás asistentes.
2. Presentación del proyecto a ejecutar, denominado: desarrollo de acciones de seguridad alimentaria y nutricional en Santander dirigidas por la ESE San Roque de Chima, a través CO1.PCCNTR.7723746.
3. Determinación de los compromisos por parte de los asistentes.
4. Despedida final.

DESARROLLO DE LA REUNION

1. Siendo las 8:00am se inicia la reunión de presentación de las acciones a ejecutar en el contrato interadministrativo CO1.PCCNTR.7723746, con un saludo de bienvenida por parte de la Dra. Linda Salazar supervisora del contrato y la Nutricionista Dietista Manuela Acevedo, quien será la encargada de ejecutar las actividades.

2. Se continua la reunión, donde la Dra. Linda Salazar realiza la respectiva presentación del contrato y las cinco (5) actividades a realizar en el marco del contrato interadministrativo, que tiene como objetivo realizar la implementación de acciones de seguridad alimentaria y nutricional enmarcado dentro del proyecto desarrollo de acciones de seguridad alimentaria y nutricional en Santander.

3. Seguidamente se realiza la presentación de la primera actividad a realizar, donde la Dra. Linda Salazar expone a detalle cada una de las acciones y productos que se deben desarrollar:

   ACTIVIDAD 1. Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

   - Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **Producto:** Entrega del 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.

   - Realizar una (1) reunión de coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio. **Productos:** acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.

   - Realizar dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes (si las hay) Las actividades las realizará un nutricionista dietista. Se realizará solo una actividad educativa al día. **Productos:** a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia.

   - 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.

   - Las personas deberán ser canalizadas a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Para tal fin se realizará identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud. **Producto:** a) registro de

asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b). seguimiento de canalización y atención en formato.

- Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, 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 actividades). 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) Nutricionista Dietista, Una (1) Persona de apoyo logístico.

4. Luego de la presentación, se resuelven inquietudes que surgen por parte de la nutricionista sobre los productos a entregar y se realizan los compromisos finales por parte de los participantes, donde se menciona la elaboración del acta de la reunión y la continuación del desarrollo de las actividades en mención durante la reunión.

5. Por último se realiza la despedida y agradecimiento de parte de la Dra. Linda Salazar por la asistencia a la reunión.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Elaboración del acta de la reunión	Inmediata	Nutricionista Dietista – Contratista ESE SAN ROQUE
Continuar con el desarrollo de las actividades propuestas.	Inmediata	Nutricionista Dietista – Contratista ESE SAN ROQUE

Siendo las 8:30 a.m. se levanta la reunión y en constancia se anexa registro de la reunión del 18 de julio de 2025, con la firma de los asistentes.

FIRMA:

Linda Salazar Grimaldos
Supervisora
Secretaria de Salud Departamental

Manuela Acevedo Oviedo
Nutricionista Dietista
Ese San Roque de Chima

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 N° 01

FECHA: Junio 10 de 2025 **HORA:** 8:00 a.m. **LUGAR:** Secretaria de Salud de Chima

Orden del día

1. Saludo de bienvenida, presentación del personal a cargo de la reunión y demás asistentes.
2. Presentación del proyecto a ejecutar, denominado: desarrollo de acciones de seguridad alimentaria y nutricional en Santander dirigidas por la ESE San Roque de Chima, a través CO1.PCCNTR.7723746.
3. Determinación de los compromisos por parte de los asistentes.
4. Despedida final.

DESARROLLO DE LA REUNION

1. Siendo las 8:00am se inicia la reunión de presentación de las acciones a ejecutar en el contrato interadministrativo CO1.PCCNTR.7723746, con un saludo de bienvenida por parte de la Manuela Acevedo, Nutricionista Dietista, quien será la encarga de ejecutar las actividades.

2. Se continua la reunión, donde la Nutricionista realiza la respectiva presentación del contrato y las cinco (5) actividades a realizar en el marco del contrato interadministrativo a la Dra. Leidy Niño quien es la Secretaria de Salud del municipio de Chima, que tiene como objetivo realizar la implementación de acciones de seguridad alimentaria y nutricional enmarcado dentro del proyecto desarrollo de acciones de seguridad alimentaria y nutricional en Santander.

3. Seguidamente se realiza la presentación de la primera actividad a realizar, donde la Nutricionista Dietista, quien expone a detalle cada una de las acciones y productos que se deben desarrollar:

ACTIVIDAD 1. Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

- Elaborar plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades. **Producto:** Entrega del 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.

- Realizar una (1) reunión de coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio. **Productos:** acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.

- Realizar dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes (si las hay) Las actividades las realizará un nutricionista dietista. Se realizará solo una actividad educativa al día. **Productos:** a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) Evaluaciones iniciales y finales, d) registros fotográficos e) certificación de permanencia.

- 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.

- Las personas deberán ser canalizadas a los servicios de salud para atención en las rutas de atención de salud integral en los cursos de vida que les corresponda. Para tal fin se realizará identificación y medición del número de personas participantes, y el número de personas canalizadas y atendidas en los servicios de salud. **Producto:** a) registro de

asistencia en físico y digital por curso de vida, enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro. b). seguimiento de canalización y atención en formato.

- Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, 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 actividades). 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) Nutricionista Dietista, Una (1) Persona de apoyo logístico.



4. Luego de la presentación, se resuelven inquietudes que surgen por parte de la Secretaria de Salud sobre las actividades a desarrollar y la población objeto y se realizan los compromisos finales por parte de los participantes, donde se menciona la elaboración del acta de la reunión y la continuación del desarrollo de las actividades en mención durante la reunión.

5. Por último se realiza la despedida y agradecimiento de parte de la Nutricionista Dietista por la asistencia a la reunión.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Elaboración del acta de la reunión	Inmediata	Nutricionista Dietista – Contratista ESE SAN ROQUE
Realizar seguimiento a la ejecución del proyecto.	Inmediata	Secretaria de Salud del municipio de Chima.

Siendo las 8:30 a.m. se levanta la reunión y en constancia se anexa registro de la reunión del 10 de junio de 2025, con la firma de los asistentes.

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 DEPARTAMENTAL

Provincia: Comunera	Municipio: Chima, Santander	Fecha: 10 de Junio, 2025	Hora: 10:00 am

Objetivo: Presentación del proyecto a ejecutar, denominado: desarrollo de acciones de seguridad alimentaria y nutricional en Santander dirigidas por la ESE San Roque de Chima, a través CO1.PCCNTR.7723746

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ PIC __X__ **Tema:** Socialización actividades a desarrollar dento del contrato CO1.PCCNTR.7723746 a la Secretaria de Salud municipal.

			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 Nallet N.AD Tellez	1093766356	X			35	chima	SST	3144536104	Secretariadesalud@chima-santander.gov.co				X			X		Leidy N.AD T.
2	Ana Mercedes Almeyda Zaguña	63539266	X			42	chima EEHospital	Gerente	3176408793	gerenciaesehospitalsanroque-chima-santander.gov.co				X			X		
3	OSCAR DAVID ARDILA CONTRERAS	1026257212		X		29	ESE Hospital	COORDINADOR FACTURACION	3202535810	Facturacionesehospitalsanroque-chima-santander.gov.co				X			X		
4	Manuela Acevedo	1098808366	X			27	Chima	NUTRICIONISTA	3186853571	aceevedomanuela@outlook.com				X			X		Manuela
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 DEPARTAMENTAL

Provincia: Comunera | Municipio: Chima, Santander | Fecha: 15/10/25 | Hora: 4:00 - 6:00 pm

Objetivo: Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana X PIC

Tema: LA LECHE 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	U R B A N O	R U R A L	FIRMA / HUELLA
1	Scarlet Robles	1097183195	X				Chima	Panal	3217142713	NR				X			X		
2	Cindy catherine Tavera Plata	1005148441	X			25	Chima	Ciudadano	3142131303	cindyplata1123@gmail.com				X			X		Cindy Tavera
3	Daniela Angarita	1100971830	X			28	chima	Psicologa	3149490907	danggiltabaunza@gmail.com				X			X		Daniela A
4	Leidy Vasquez A.	1007592393	X			25	Chima	oficios Varios	3026478173	Leidyang15@gmail.com				X			X		Leidy Vasquez A.
5	Jesika c. Torres B.	1095766137	X			20	Chima	Oficios Varios	3114818240	Carolobus2005@gmail.com				X			X		Carolina Torres
6	Flor Aracely Mora	1005602055	X			30	chima	Auxiliar enfermeria	3143275557	Florlagos@gmail.com					X				Flo Mora
7	Wendy Paola gelvez	1094801126	X			25	Chima	manipulador alimentos	3112452426	Paoobel@gmail.com				X			X		Wendy gelvez
8	Yorgelis villalobos	29.839.152	?			22	chima	oficios varios	3229468092	villalobosyoge19@gmail.com				X			X		yorgelis
9	Adriana Gonzalez	1005148336	X			25	Chima	oficios varios	3143831893	Adrianagonzalez0@gmail.com				X			X		
10	Yeiser Chupavitro	1005579375		X		27	Chima	Policia	3134054144	313 NR				X			X		Yeiser Ch.

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.

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 DEPARTAMENTAL

Provincia: Comunera | Municipio: Chima, Santander | Fecha: 17/10/25 | Hora: 4:00 - 6:00 pm

Objetivo: Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana X PIC

Tema: BENEFICIOS DE LA 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+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	CONTEXTO: URBANO	RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Daniela Anguita	1100971830		X		28	chima	Psicologa	3194490969	danguitaduque@				X			X		Daniela A.
2	Jesika C. Torres B	1095766737	X			20	Oficios Varios	Chima	3114818240	carolduss 2005@gmil.com				X			X		Carolina Torres
3	cindy c. Tavera P.	1005148414	X			25	Chima	cudadora	3142151503	cindyPaola.1123@ gmail.com				X			X		cindy tovera
4	flor Arcely Tra	1005602055	X			30	chima	auxiliar enfermera	3143245557	florarasco@gmail com					X		X		flo Arras
5	Leidy vasquez Ang	1007592393.	X			25	oficios varios	Chima	3012647813	leidyang15@ Gmail. com.				X			X		Leidy vasquez A.
6	Wendy Paola galvez	1004807826	X			25	Chima	manipuladora de alimentos	3112452426	Paolbol@gmail. Com				X			X		Wendy galvez
7	Adriana Carvajalino	1005148336	X			25	Chima	oficios varios	3143831833	Adrianacarvajalino OGmail.com				X			X		~~Ace~~
8	Jenver Chaparro	1005539435		X		27	Chima	Ponal	3134054144	NR				X			X		Jenver.
9	Scarlet Rodriguez	1097183105	X			20	Chima	Ponal	3217142713	NR				X			X		RM
10	Yorgelis villalobos	29.839.152	X			22	Oficios varios	chima	3229468092	villalobosyorge19 @gmail.com				X			X		yorgelis

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.

194

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 DEPARTAMENTAL

Provincia: Comunera | Municipio: Chima, Santander | Fecha: 20110725 | Hora: 4:00pm-6:00pm

Objetivo: Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana X PIC

Tema: LA GLANDULA MAMARIA

			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	Mongelis Villalobos	29.839.152	X			22	chima	oficios varios	3229468092	villalobosyoga219@gmail.com				X			X		Mongelis
2	Leidy Vasquez A	1007592383	X			25	Chima	oficios varios	3012647813	Leidyang15.@Gmail.com.				X			X		Leidy Vasquez A.
3	Wendy paola galvez	1004807120	X			25	Chima	manipuladora alimentos	3112452426	paocabogal@gmail.com				X			X		Wendy galvez
4	Daniela Angarita	1007918830	X			28	chima	Psicologa	3[illegible]9097	danagaitaabaunza@gmail.com				X			X		Daniela A.
5	Adriana Gaviria	1005148330				28	Chima	oficios varios	3143631873	Adriana Lucia Gaviria@Gmail.com				X			X		
6	Cindy C. Taverca	1005148421	X			25	Chima	cuidadora	3112131303	Cindyplata1123@gmail.com				X			X		Cindy Taverca
7	Jesika C Torres B	1095766137	X			20	chima	Oficios varios	3114818240	carotobu2003@gmail.com.				X			X		Carolina Torres
8	Junier Chaparro	1005534375		X		27	Chima	Mona	3134054144	NR				X			X		Junierch
9	flor Araceli Tra	1008602055	X			30	chima	Auxiliar enfermeria	3143276557	[illegible]@gmail.com					X		X		Flor Tra S
10	Scarlet Pabon	1007183195	X			20	Ponol	Chimo	3217142713	NR				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 DEPARTAMENTAL

Provincia: Comunera | Municipio: Chima, Santander | Fecha: 22/10/25 | Hora: 4:00 - 6:00 pm

Objetivo: Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

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

Tema: Composicion y Fases de la leche 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	U R B A N O	R U R A L	FIRMA / HUELLA
1	Jesika C. Torres	1095760137	X			20	chima	Oficios varios	3114818240	carotobus2005@gmil.com				X			X		Carolina Torres
2	Yorglis Villalobos	29.839.152	X			22	chima	Oficios Varios	3229468092	villalobosyorg219@gmail.com				X			X		Yorglis
3	Cindy C. Tavera	1005148443	X			25	Chima	Cuidadora	3122331303	cindyvalal123@gmail.com				X			X		Cindy tavera
4	Wendy paola galvez	1004801126	X			25	Chima	manipuladora alimentos	3112452426	paoobegal@gmail.com				X			X		wendy galvez
5	Daniela Angarita	1100971830	X			28	chima	Psicologa	3144909097	dangaritabaunza@gmail.com				X			X		Daniela A.
6	Adriana Gonzalez r.	1005148336	X			25	Chima	oficios varios	3143831893	Adrix lucic Gons@Gmail.com				X			X		AG.
7	Javier Chaparro	1005574375		X		27	chima	general	3134054114	NP				X			X		Javierch
8	Leidy Vasquez A.	1007592393	X			20	Chima	oficios varios	3012547813	Leidy arg15@gmail.com				X			X		Leidy argarita
9	Flor trasviña	1005001005	X			30	chima	Auxiliar enfermeria	3132760557	Florlaasg@gmail					X		X		Flor
10	Scarlet Robles	1007183105	X			20	Chima	Hogar	3217142713	NP				X			X		Scarlet Robles

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), Sorco-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.

926

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	12/05/2026
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Provincia: Comunera | Municipio: Chima, Santander | Fecha: 24/10/25 | Hora: 4:00-6:00 pm

Objetivo: Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _X_ PIC

Tema: Lactancia materna (extraccion, Conservacion y Suministro de la leche materna)

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	Leidy Vasquez A.	1007592393	X			25	Chima	oficios varios	3012647813	leidyangis@gmail.com				X			X		Leidy Vasquez A.
2	Wendy Paola Gelvez	1004807126	X			25	Chima		3112452426	Paoabegel@gmail.com				X			X		Wendy Gelvez
3	Adriana Carvajalino	1005148376	X			25	Chima	Oficios varios	3143831873	gmail.com Adrianacarvajalino@				X			X		
4	Cindy C. Tavera	1005148441	X			25	Chima	cuidadora	3112131503	cindytata1123@gmail.com				X			X		Cindy Tavera
5	Jesika C. Torres	1095760137	X			20	Chima	Oficios Varios	3114818240	carotobus2005@gmail.com				X			X		Carolina Torres
6	Daniela Angarita	1100971830	X			28	Chima	Psicologa	3144490907	dangaritacabauna@gmail.com				X			X		Daniela A.
7	Yorgelis Villalobos	29.839.152	X			22	Chima	Oficios Varios	3229468092	villalobosyogel9@gmail.com				X			X		Yorgelis
8	Flor Maldonado	1005600205	X			30	Chima	Auxiliar enfermeria	3143276537	Florjaso@gmail.com					X		X		
9	Yuser Chupuno	1005534336		X		27	Chima	Penal	3134054144	NR				X			X		
10	Scarlet Robles	1007183195	X			20	Chima	Penal	3217142913	NR				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 DEPARTAMENTAL

Provincia: Comunera | Municipio: Chima, Santander | Fecha: 27/10/25 | Hora: 4:00-6:00pm

Objetivo: Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

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

Tema: CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

			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	Leidy Vasquez Arganta	1007582393	X			25	Chima	ciudadana	3012478183	Leidy angis@gmail.com.						X	X		Leidy Vasquez A.
2	Wendy paola gelvez	1004804126	X			25	Chima	ama de casa	3112452426	wendy gelvez				X			X		wendy gelvez
3	Jenny Fa T. H	1095466468	X			29	chima	ama de casa	3219714434	jeny f. t. H				X			X		Jenny Paola T.
4	Cindy Plata	1005248641	X			25	Chima	ciudadana	3112131503	cindyplata@				X			X		Cindy Tavera
5	Yamelin Sierra R	28111054	X			43	chima	oficios varios	3202556813	jasiro2002@gmail.com.				X			X		
6	Doris cecilia Rivera peña	27878947	X			52	Chima	oficios varios	324478 7420	dorisrivas@gmail.com				X			X		Doris C Rivera P.
7	Yorgelis Villalobos	29.839.152	X			22	chima	ama de casa	3229468092	villalobosyorgelis				X			X		Yorgelis
8	Luz Edith Barbosa	1005148428	X			24	Chima	ciudadana	3222042713	Edithmarcela barbosa0526@gmail.com				X			X		Luz Edith Barbosa Vesga
9	Edith Andrea Vega	1095466614	X			20	chima	patrullera	3204943354	Edanmeses.gmail.com				X			X		Edith Vega
10	Carolina Torres	1095760137	X			20	Chima	oficios varios	3114818240	carotchus2005@gmail.com				X			X		Carolina Torres

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 DEPARTAMENTAL

Provincia: Comunera | Municipio: Chima, Santander | Fecha: 29/10/25 | Hora: 9:00-6:00pm

Objetivo: Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana X PIC

Tema: Lactancia materna a libre demanda

			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	U R B A N O	R U R A L	FIRMA / HUELLA
1	Jennifer Farfan	1102570975	X			29	Chima	Ponal	3132254892	[illegible]				X			X		[illegible]
2	Scarlet Robles	1097183145	X			20	Chima	Pchol	3217142717	NR				X			X		
3	Carlos Mejia	1100949186		X		38	Chima	Ponal	3022922233	NR				X			X		
4	Javier Chapano	1005539375		X		27	Chima	ponal	3134054144	NR				X			X		
	Sandra Lizeth Afanador Marin	37948082	X			45	Chimes	Enfermera	3102206713	sandra.afanador@ucaldas.edu.co				X			X		
6	Yerli Paola Vesga	1095766750	X			27	San Diego	Enfermera	3212276846	yerli.paola.vesga@gmail.com				X			X		Yerli Vesga
7	Ivon Edith Tavera	1095[illegible]	X			27	Chima	Enf.	3219533655	tavera.plata.ivonedith@gmail.				X			X		
8	Jesus Alberto	1102378365		X		30	chima	Glacios Varios	3223508978	NR				X			X		Jesus mejia
9	Yarman mesa	1076941166		X		29	chima	Axo enfermera	3148452655	mesayarman@gmail.				X			X		Yarman mesa
10	Mayra Lizeth Villamizar	60449782	X			39	chima	promotora	3115068127	mvillalichtgmail.com				X			X		Mayra Lizeth

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 DEPARTAMENTAL

Provincia: Comunera | Municipio: Chima, Santander | Fecha: 31/10/25 | Hora: 4:00-6:00 pm

Objetivo: Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana X PIC

Tema: AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

			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 ALEJANDRA CASAS	1005198430	X			23	CHIMA	AUXILIAR ENFERM.	3136478245	NR				X			X		Maria Casas
2	GREGORIO PEÑA	5850210		X		50	CHIMA	PENSIONADO	3205302012	NR				X			X		Gregorio
3	HELVER CAMACHO	80384067		X		54	CHIMA	COMERCIANTE	3162963222	NR				X			X		Helver Camacho
4	GRACIELA ZUÑIGA	1108121371	X			32	CHIMA	AMA DE CASA	3214489117	NR				X			X		graciela
5	DINA DIAZ	1095766675	X			24	CHIMA	SECRETARIA	3219435822	dinadiazzz@gmail.c				X			X		Dina D.
6	JESSICA BAEZ	1096457739	X			27	CHIMA	AUXILIAR ENFERMERA	3172908430	NR				X			X		JB
7	SANDRA ARCINIEGAS	1103930421	X			19	CHIMA	ESTUDIANTE	3214044481	arciniegassandra20@gmail.com				✓			X		Sandra A.
8	MATILDE MORA	1095120824	X			35	CHIMA	AMA DE CASA	3118400388	NR.				X			X		MATILDE MORA
9	DAYI LEON	1094543453	X			20	CHIMA	AMA DE CASA	3143854229	dayanaleon1999@gmail.c				X			X		Dayi León
10	HIDALY FIGUEROA	1095766553	X			31	CHIMA	AMA DE CASA	3138367711	figueroadiaz20@gmail.com				X			X		Hidaly F.

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.

002

201

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

202

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

210

TEST DE PRESABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es el alimento principal que debe recibir un bebé durante los primeros seis meses de vida?
a) Leche de fórmula
b) Leche materna
c) Agua y otros líquidos

2. La leche materna ayuda a proteger al bebé de enfermedades porque:
a) No contiene defensas
b) Aporta anticuerpos y factores inmunológicos
c) Solo sirve para alimentar

3. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva?
a) Hasta los 3 meses
b) Hasta los 6 meses
c) Hasta el año

TEST DE POSTSABERES N.1 LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna es considerada el alimento ideal porque:
   a) Tiene la composición adecuada y protege la salud del bebé
   b) Solo sirve para calmar el hambre
   c) Debe complementarse desde el nacimiento

2. La lactancia materna exclusiva se recomienda:
   a) Hasta los 3 meses
   b) Hasta los 6 meses
   c) Hasta el año

3. Además de nutrir, la lactancia materna contribuye a:
   a) Prevenir enfermedades y fortalecer el vínculo madre–hijo
   b) Únicamente al aumento de peso
   c) Reemplazar otros cuidados del bebé

211

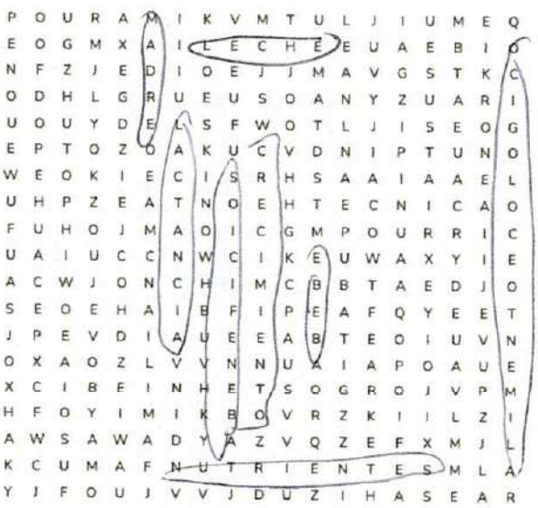
TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

1 ALIMENTOECOLOGICO 2 CRECIMIENTO 3 NUTRIENTES 4 BENEFICIOS 5 LACTANCIA

6 TECNICA 7 FAMILIA 8 MADRE 9 LECHE 10 BEBE



TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

212

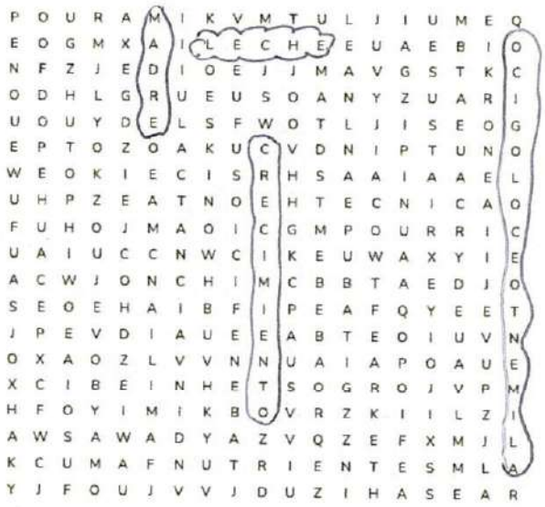
TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

1 ALIMENTOECOLOGICO 2 CRECIMIENTO 3 NUTRIENTES 4 BENEFICIOS 5 LACTANCIA

6 TECNICA 7 FAMILIA 8 MADRE 9 LECHE 10 BEBE



TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

213

TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

(1) ALIMENTOECOLOGICO (2) CRECIMIENTO (3) NUTRIENTES (4) BENEFICIOS (5) LACTANCIA

(6) TECNICA (7) FAMILIA (8) MADRE (9) LECHE (10) BEBE

P	O	U	R	A	M	I	K	V	M	T	U	L	J	I	U	M	E	Q
E	O	G	M	X	A	I	L	E	C	H	E	E	U	A	E	B	I	O
N	F	Z	J	E	D	I	O	E	J	J	M	A	V	G	S	T	K	C
O	D	H	L	G	R	U	E	U	S	O	A	N	Y	Z	U	A	R	I
U	O	U	Y	D	E	L	S	F	W	O	T	L	J	I	S	E	O	G
E	P	T	O	Z	O	A	K	U	C	V	D	N	I	P	T	U	N	O
W	E	O	K	I	E	C	I	S	R	H	S	A	A	I	A	A	E	L
U	H	P	Z	E	A	T	N	O	E	H	T	E	C	N	I	C	A	D
F	U	H	O	J	M	A	O	I	C	G	M	P	O	U	R	R	I	C
U	A	I	U	C	C	N	W	C	I	K	E	U	W	A	X	Y	I	E
A	C	W	J	O	N	C	H	I	M	C	B	B	T	A	E	D	J	O
S	E	O	E	H	A	I	B	F	I	P	E	A	F	Q	Y	E	E	T
J	P	E	V	D	I	A	U	E	E	A	B	T	E	O	I	U	V	N
O	X	A	O	Z	L	V	V	N	N	U	A	I	A	P	O	A	U	E
X	C	I	B	E	I	N	H	E	T	S	O	G	R	O	J	V	P	M
H	F	O	Y	I	M	I	K	B	O	V	R	Z	K	I	I	L	Z	I
A	W	S	A	W	A	D	Y	A	Z	V	Q	Z	E	F	X	M	J	L
K	C	U	M	A	F	N	U	T	R	I	E	N	T	E	S	M	L	A
Y	J	F	O	U	J	V	V	J	D	U	Z	I	H	A	S	E	A	R

TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

214

TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

(1) ALIMENTOECOLOGICO (2) CRECIMIENTO (3) NUTRIENTES (4) BENEFICIOS (5) LACTANCIA

(6) TECNICA (7) FAMILIA (8) MADRE (9) LECHE (10) BEBE

P	O	U	R	A	M	I	K	V	M	T	U	L	J	I	U	M	E	Q
E	O	G	M	X	A	I	L	E	C	H	E	E	U	A	E	B	I	O
N	F	Z	J	E	D	I	O	E	J	J	M	A	V	G	S	T	K	C
O	D	H	L	G	R	U	E	U	S	O	A	N	Y	Z	U	A	R	I
U	O	U	Y	D	E	L	S	F	W	O	T	L	J	I	S	E	O	G
E	P	T	O	Z	O	A	K	U	C	V	D	N	I	P	T	U	N	O
W	E	O	K	I	E	C	I	S	R	H	S	A	A	I	A	A	E	L
U	H	P	Z	E	A	T	N	O	E	H	T	E	C	N	I	C	A	O
F	U	H	O	J	M	A	O	I	C	G	M	P	O	U	R	R	I	C
U	A	I	U	C	C	N	W	C	I	K	E	U	W	A	X	Y	I	E
A	C	W	J	O	N	C	H	I	M	C	B	B	T	A	E	D	J	O
S	E	O	E	H	A	I	B	F	I	P	E	A	F	Q	Y	E	E	T
J	P	E	V	D	I	A	U	E	E	A	B	T	E	O	I	U	V	N
O	X	A	O	Z	L	V	V	N	N	U	A	I	A	P	O	A	U	E
X	C	I	B	E	I	N	H	E	T	S	O	G	R	O	J	V	P	M
H	F	O	Y	I	M	I	K	B	O	V	R	Z	K	I	I	L	Z	I
A	W	S	A	W	A	D	Y	A	Z	V	Q	Z	E	F	X	M	J	L
K	C	U	M	A	F	N	U	T	R	I	E	N	T	E	S	M	L	A
Y	J	F	O	U	J	V	V	J	D	U	Z	I	H	A	S	E	A	R

TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

215

TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

(1) ALIMENTOECOLOGICO (2) CRECIMIENTO (3) NUTRIENTES (4) BENEFICIOS (5) LACTANCIA

(6) TECNICA (7) FAMILIA (8) MADRE (9) LECHE (10) BEBE

P	O	U	R	A	M	I	K	V	M	T	U	L	J	I	U	M	E	Q
E	O	G	M	X	A	I	L	E	C	H	E	E	U	A	E	B	I	O
N	F	Z	J	E	D	I	O	E	J	J	M	A	V	G	S	T	K	C
O	D	H	L	G	R	U	E	U	S	O	A	N	Y	Z	U	A	R	I
U	O	U	Y	D	E	L	S	F	W	O	T	L	J	I	S	E	O	G
E	P	T	O	Z	O	A	K	U	C	V	D	N	I	P	T	U	N	O
W	E	O	K	I	E	C	I	S	R	H	S	A	A	I	A	A	E	L
U	H	P	Z	E	A	T	N	O	E	H	T	E	C	N	I	C	A	O
F	U	H	O	J	M	A	O	I	C	G	M	P	O	U	R	R	I	C
U	A	I	U	C	C	N	W	C	I	K	E	U	W	A	X	Y	I	E
A	C	W	J	O	N	C	H	I	M	C	B	B	T	A	E	D	J	O
S	E	O	E	H	A	I	B	F	I	P	E	A	F	Q	Y	E	E	T
J	P	E	V	D	I	A	U	E	E	A	B	T	E	O	I	U	V	N
O	X	A	O	Z	L	V	V	N	N	U	A	I	A	P	O	A	U	E
X	C	I	B	F	I	N	H	E	T	S	O	G	R	O	J	V	P	M
H	F	O	Y	I	M	I	K	B	O	V	R	Z	K	I	I	L	Z	I
A	W	S	A	W	A	D	Y	A	Z	V	Q	Z	E	F	X	M	J	L
K	C	U	M	A	F	N	U	T	R	I	E	N	T	E	S	M	L	A
Y	J	F	O	U	J	V	V	J	D	U	Z	I	H	A	S	E	A	R

TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

216

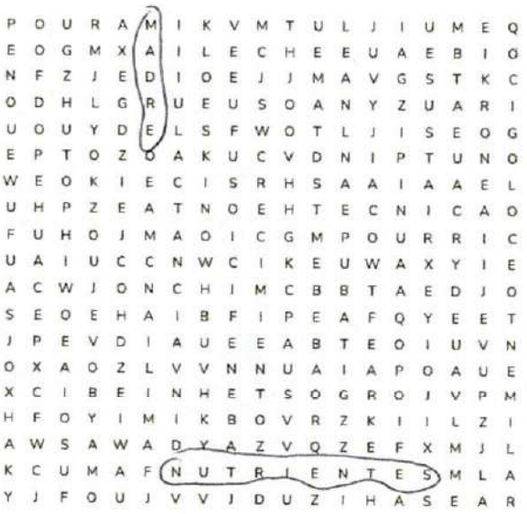
TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

(1) ALIMENTOECOLOGICO (2) CRECIMIENTO (3) NUTRIENTES (4) BENEFICIOS (5) LACTANCIA

(6) TECNICA (7) FAMILIA (8) MADRE (9) LECHE (10) BEBE



TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

(1) ALIMENTOECOLOGICO (2) CRECIMIENTO (3) NUTRIENTES (4) BENEFICIOS (5) LACTANCIA

(6) TECNICA (7) FAMILIA (8) MADRE (9) LECHE (10) BEBE

P	O	U	R	A	M	I	K	V	M	T	U	L	J	I	U	M	E	Q
E	O	G	M	X	A	I	L	E	C	H	E	E	U	A	E	B	I	O
N	F	Z	J	E	D	I	O	E	J	J	M	A	V	G	S	T	K	C
O	D	H	L	G	R	U	E	U	S	O	A	N	Y	Z	U	A	R	I
U	O	U	Y	D	E	L	S	F	W	O	T	L	J	I	S	E	O	G
E	P	T	O	Z	O	A	K	U	C	V	D	N	I	P	T	U	N	O
W	E	O	K	I	E	C	I	S	R	H	S	A	A	I	A	A	E	L
U	H	P	Z	E	A	T	N	O	E	H	T	E	C	N	I	C	A	O
F	U	H	O	J	M	A	O	I	C	G	M	P	O	U	R	R	I	C
U	A	I	U	C	C	N	W	C	I	K	E	U	W	A	X	Y	I	E
A	C	W	J	O	N	C	H	I	M	C	B	B	T	A	E	D	J	O
S	E	O	E	H	A	I	B	F	I	P	E	A	F	Q	Y	E	E	T
J	P	E	V	D	I	A	U	E	E	A	B	T	E	O	I	U	V	N
O	X	A	O	Z	L	V	V	N	N	U	A	I	A	P	O	A	U	E
X	C	I	B	F	I	N	H	E	T	S	O	G	R	O	J	V	P	M
H	F	O	Y	I	M	I	K	B	O	V	R	Z	K	I	I	L	Z	I
A	W	S	A	W	A	D	Y	A	Z	V	Q	Z	E	F	X	M	J	L
K	C	U	M	A	F	N	U	T	R	I	E	N	T	E	S	M	L	A
Y	J	F	O	U	J	V	V	J	D	U	Z	I	H	A	S	E	A	R

TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

(1) ALIMENTOECOLOGICO (2) CRECIMIENTO (3) NUTRIENTES (4) BENEFICIOS (5) LACTANCIA

(6) TECNICA (7) FAMILIA (8) MADRE (9) LECHE (10) BEBE

P	O	U	R	A	M	I	K	V	M	T	U	L	J	I	U	M	E	Q
E	O	G	M	X	A	I	L	E	C	H	E	E	U	A	E	B	I	O
N	F	Z	J	E	D	I	O	E	J	J	M	A	V	G	S	T	K	C
O	D	H	L	G	R	U	E	U	S	O	A	N	Y	Z	U	A	R	I
U	O	U	Y	D	E	L	S	F	W	O	T	L	J	I	S	E	O	G
E	P	T	O	Z	O	A	K	U	C	V	D	N	I	P	T	U	N	O
W	E	O	K	I	E	C	I	S	R	H	S	A	A	I	A	A	E	L
U	H	P	Z	E	A	T	N	O	E	H	T	E	C	N	I	C	A	O
F	U	H	O	J	M	A	O	I	C	G	M	P	O	U	R	R	I	C
U	A	I	U	C	C	N	W	C	I	K	E	U	W	A	X	Y	I	E
A	C	W	J	O	N	C	H	I	M	C	B	B	T	A	E	D	J	O
S	E	O	E	H	A	I	B	F	I	P	E	A	F	Q	Y	E	E	T
J	P	E	V	D	I	A	U	E	E	A	B	T	E	O	I	U	V	N
O	X	A	O	Z	L	V	V	N	N	U	A	I	A	P	O	A	U	E
X	C	I	B	E	I	N	H	E	T	S	O	G	R	O	J	V	P	M
H	F	O	Y	I	M	I	K	B	O	V	R	Z	K	I	I	L	Z	I
A	W	S	A	W	A	D	Y	A	Z	V	Q	Z	E	F	X	M	J	L
K	C	U	M	A	F	N	U	T	R	I	E	N	T	E	S	M	L	A
Y	J	F	O	U	J	V	V	J	D	U	Z	I	H	A	S	E	A	R

TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

219

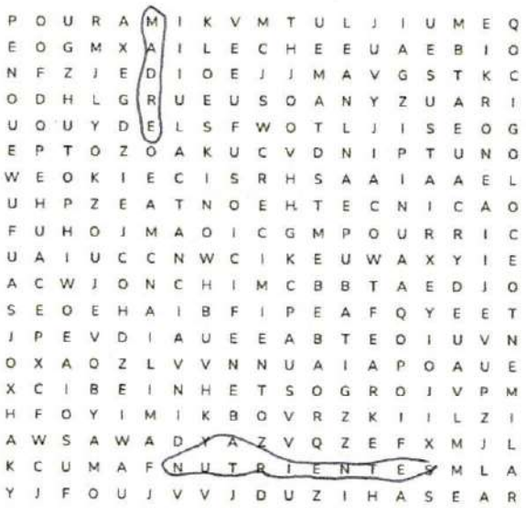
TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

(1) ALIMENTOECOLOGICO (2) CRECIMIENTO (3) NUTRIENTES (4) BENEFICIOS (5) LACTANCIA

(6) TECNICA (7) FAMILIA (8) MADRE (9) LECHE (10) BEBE



TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

220

TEST DE PRESABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Encuentra en la siguiente sopa de letras, palabras asociadas a la lactancia materna:

(1) ALIMENTOECOLOGICO (2) CRECIMIENTO (3) NUTRIENTES (4) BENEFICIOS (5) LACTANCIA

(6) TECNICA (7) FAMILIA (8) MADRE (9) LECHE (10) BEBE

P	O	U	R	A	M	I	K	V	M	T	U	L	J	I	U	M	E	Q
E	O	G	M	X	A	I	L	E	C	H	E	E	U	A	E	B	I	O
N	F	Z	J	E	D	I	O	E	J	J	M	A	V	G	S	T	K	C
O	D	H	L	G	R	U	E	U	S	O	A	N	Y	Z	U	A	R	I
U	O	U	Y	D	E	L	S	F	W	O	T	L	J	I	S	E	O	G
E	P	T	O	Z	O	A	K	U	C	V	D	N	I	P	T	U	N	O
W	E	O	K	I	E	C	I	S	R	H	S	A	A	I	A	A	E	L
U	H	P	Z	E	A	T	N	O	E	H	T	E	C	N	I	C	A	O
F	U	H	O	J	M	A	O	I	C	G	M	P	O	U	R	R	I	C
U	A	I	U	C	C	N	W	C	I	K	E	U	W	A	X	Y	I	E
A	C	W	J	O	N	C	H	I	M	C	B	B	T	A	E	D	J	O
S	E	O	E	H	A	I	B	F	I	P	E	A	F	Q	Y	E	E	T
J	P	E	V	D	I	A	U	E	E	A	B	T	E	O	I	U	V	N
O	X	A	O	Z	L	V	V	N	N	U	A	I	A	P	O	A	U	E
X	C	I	B	E	I	N	H	E	T	S	O	G	R	O	J	V	P	M
H	F	O	Y	I	M	I	K	B	O	V	R	Z	K	I	I	L	Z	I
A	W	S	A	W	A	D	Y	A	Z	V	Q	Z	E	F	X	M	J	L
K	C	U	M	A	F	N	U	T	R	I	E	N	T	E	S	M	L	A
Y	J	F	O	U	J	V	V	J	D	U	Z	I	H	A	S	E	A	R

TEST DE POSTSABERES N.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la finalidad de evaluar el estado nutricional?
   a) Conocer los gustos alimentarios
   b) Identificar riesgos o alteraciones en el crecimiento y la salud
   c) Revisar si la persona está haciendo ejercicio
   d) Saber cuántas comidas hace al día

2. ¿Qué herramienta se utiliza para interpretar el peso y la talla en niños?
   a) Tabla de horarios
   b) Curvas de crecimiento
   c) Calendario escolar
   d) Medidor de actividad física

3. ¿Cuál de las siguientes es una práctica que ayuda a mantener un buen estado nutricional?
   a) Saltarse comidas
   b) Consumir una dieta variada y equilibrada
   c) Comer solo un tipo de alimento
   d) Evitar frutas y verduras

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estímulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

222

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estímulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estimulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estímulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estímulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estímulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estímulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estímulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estímulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

230

TEST DE PRESABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la función principal de la glándula mamaria?
a) Producir hormonas femeninas
b) Producir y secretar leche materna
c) Almacenar grasa corporal

2. ¿Qué estructura de la glándula mamaria es la encargada de producir la leche?
a) Conductos galactóforos
b) Alvéolos mamarios
c) Areola

3. ¿Qué estímulo es fundamental para mantener la producción de leche materna?
a) La succión frecuente del bebé
b) El tamaño del seno
c) El consumo de líquidos en exceso

TEST DE POSTSABERES N.3 LA GLANDULA MAMARIA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

231

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

735

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

240

TEST DE PRESABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Cuál es la primera fase de la leche materna después del parto?
   a) Leche madura
   b) Calostro
   c) Leche de transición
2. ¿Qué componente es especialmente abundante en el calostro?
   a) Grasas
   b) Anticuerpos e inmunoglobulinas
   c) Lactosa
3. La leche madura se diferencia del calostro principalmente porque:
   a) Contiene más agua y menos nutrientes
   b) Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
   c) No aporta defensas inmunológicas

TEST DE POSTSABERES N.4 COMPOSICIÓN Y FASES DE LA LECHE MATERNA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La producción de leche materna ocurre principalmente en:
a) La areola
b) Los alvéolos mamarios
c) Los conductos galactóforos

2. ¿Qué hormona estimula la producción de leche en la glándula mamaria?
a) Oxitocina
b) Prolactina
c) Estrógenos

3. La succión del bebé es importante porque:
a) Activa la producción y eyección de la leche
b) Solo calma al bebé
c) Evita los cambios hormonales

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
(a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
(a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
(a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

250

TEST DE PRESABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La leche materna puede ser extraída:
a) Solo de manera manual
b) Manualmente o con sacaleches
c) Solo con biberón

2. ¿Cuál es la forma correcta de conservar la leche materna extraída por hasta 72 horas?
a) A temperatura ambiente
b) En refrigeración a 2–4 °C
c) En congelador a -18 °C

3. Para transportar leche materna de manera segura se debe:
a) Usar recipientes limpios y mantener temperatura adecuada
b) Mezclar con agua para aumentar el volumen
c) Transportarla sin refrigeración

TEST DE POSTSABERES N.5 LACTANCIA MATERNA (EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y SUMINISTRO DE LA LECHE MATERNA)

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La extracción de leche materna puede realizarse:
a) Manualmente o con sacaleches, manteniendo higiene adecuada
b) Solo con sacaleches mecánico
c) Sin medidas de higiene

2. La leche materna extraída puede suministrarse al bebé mediante:
a) Biberón, jeringa, cuchara o vaso según la edad
b) Solo al pecho
c) Mezclada con otros alimentos

3. La conservación y transporte correctos de la leche materna aseguran:
a) Que la leche mantenga nutrientes y factores inmunológicos
b) Que se pueda almacenar indefinidamente a temperatura ambiente
c) Que pierda todas sus propiedades

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
a) Solo para evitar el cansancio
b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
a) Restrictiva para no afectar al bebé
b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
a) No influyen en la lactancia
b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
a) Prevenir la producción de leche
b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
a) Ignorarlos
b) Suspender definitivamente la lactancia
c) Consultar oportunamente al personal de salud

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
(a) Solo para evitar el cansancio
b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
(a) Restrictiva para no afectar al bebé
b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
(b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
   a) No influyen en la lactancia
   (b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
   c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
   a) Prevenir la producción de leche
   (b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
   c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
   a) Ignorarlos
   b) Suspender definitivamente la lactancia
   (c) Consultar oportunamente al personal de salud

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
(a) Solo para evitar el cansancio
b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
(a) Restrictiva para no afectar al bebé
b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
(b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
   a) No influyen en la lactancia
   (b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
   c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
   a) Prevenir la producción de leche
   (b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
   c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
   a) Ignorarlos
   b) Suspender definitivamente la lactancia
   (c) Consultar oportunamente al personal de salud

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
(a) Solo para evitar el cansancio
b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
(a) Restrictiva para no afectar al bebé
b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
(b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
   a) No influyen en la lactancia
   (b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
   c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
   a) Prevenir la producción de leche
   (b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
   c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
   a) Ignorarlos
   b) Suspender definitivamente la lactancia
   (c) Consultar oportunamente al personal de salud

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
(a) Solo para evitar el cansancio
b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
(a) Restrictiva para no afectar al bebé
b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
(b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
   a) No influyen en la lactancia
   (b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
   c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
   a) Prevenir la producción de leche
   (b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
   c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
   a) Ignorarlos
   b) Suspender definitivamente la lactancia
   (c) Consultar oportunamente al personal de salud

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
(a) Solo para evitar el cansancio
b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
(a) Restrictiva para no afectar al bebé
b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
(c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
   a) No influyen en la lactancia
   (b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
   c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
   a) Prevenir la producción de leche
   (b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
   c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
   a) Ignorarlos
   b) Suspender definitivamente la lactancia
   (c) Consultar oportunamente al personal de salud

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
(a) Solo para evitar el cansancio
b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
(a) Restrictiva para no afectar al bebé
b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
(c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
   a) No influyen en la lactancia
   (b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
   c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
   a) Prevenir la producción de leche
   (b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
   c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
   a) Ignorarlos
   b) Suspender definitivamente la lactancia
   (c) Consultar oportunamente al personal de salud

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
(a) Solo para evitar el cansancio
b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
a) Restrictiva para no afectar al bebé
(b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
(c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
   a) No influyen en la lactancia
   (b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
   c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
   a) Prevenir la producción de leche
   (b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
   c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
   a) Ignorarlos
   b) Suspender definitivamente la lactancia
   (c) Consultar oportunamente al personal de salud

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
a) Solo para evitar el cansancio
(b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
a) Restrictiva para no afectar al bebé
(b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
(c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
   a) No influyen en la lactancia
   (b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
   c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
   a) Prevenir la producción de leche
   (b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
   c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
   a) Ignorarlos
   b) Suspender definitivamente la lactancia
   (c) Consultar oportunamente al personal de salud

760

TEST DE PRESABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Por qué es importante el cuidado integral de la madre durante la lactancia?
a) Solo para evitar el cansancio
b) Porque influye en la producción de leche y el bienestar del bebé
c) Únicamente por estética

2. Durante la lactancia, la alimentación de la madre debe ser:
a) Restrictiva para no afectar al bebé
b) Variada, balanceada y suficiente
c) Igual a la de antes del embarazo sin ajustes

3. ¿Cuál de los siguientes es un cuidado físico importante en la madre lactante?
a) Evitar amamantar con frecuencia
b) Mantener una higiene adecuada y posiciones correctas
c) Usar productos fuertes en los pezones

TEST DE POSTSABERES N.6 CUIDADOS DE LA MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. El descanso y el apoyo emocional en la madre lactante son importantes porque:
   a) No influyen en la lactancia
   b) Pueden afectar la producción de leche y el bienestar emocional
   c) Solo benefician a la familia

2. Una hidratación adecuada en la madre lactante ayuda a:
   a) Prevenir la producción de leche
   b) Apoyar la producción de leche y el estado general de salud
   c) Sustituir la alimentación

3. Ante signos como dolor intenso, enrojecimiento o fiebre en las mamas, la madre debe:
   a) Ignorarlos
   b) Suspender definitivamente la lactancia
   c) Consultar oportunamente al personal de salud

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
a) La madre
b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
(a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
(a) La madre
b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
(a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
(b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
(a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
(b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
(a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
(a) La madre
b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
(a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
(b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
(a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
(b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
(a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
a) La madre
(b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
(a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
(b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
(a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
(b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
(a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
a) La madre
(b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
(a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
(b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
(a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
(b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
a) La madre
b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
a) La madre
b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
a) La madre
b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
a) La madre
b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

270

TEST DE PRESABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La lactancia materna a libre demanda significa:
a) Amamantar al bebé en horarios fijos
b) Ofrecer el pecho cada vez que el bebé lo solicite
c) Limitar el número de tomas al día

2. ¿Quién regula principalmente la frecuencia de las tomas en la lactancia a libre demanda?
a) La madre
b) El personal de salud
c) El bebé

3. La lactancia a libre demanda contribuye a:
a) Disminuir la producción de leche
b) Favorecer la producción adecuada de leche materna
c) Generar dependencia negativa en el bebé

TEST DE POSTSABERES N.7 LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. La succión frecuente del bebé en la lactancia a libre demanda permite:
a) Reducir la producción de leche
b) Estimular la producción y eyección de la leche
c) Evitar la liberación hormonal

2. La lactancia a libre demanda favorece el crecimiento infantil porque:
a) Responde a las señales de hambre y saciedad del bebé
b) Obliga al bebé a comer más
c) Reemplaza otros cuidados

3. Promover la lactancia materna a libre demanda ayuda a:
a) Reducir la duración de la lactancia
b) Prevenir la desnutrición infantil y fortalecer el vínculo madre–hijo
c) Suspender la alimentación complementaria

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
b) Apoyo familiar y comunitario
c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
a) Incómodo para evitar tomas largas
b) Limpio, cómodo y con privacidad
c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
a) Reduce el bienestar materno
b) No influye en la lactancia
c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
a) Abandonar tempranamente la lactancia
b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
c) Limitar la lactancia a espacios privados

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
b) Apoyo familiar y comunitario
c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
a) Incómodo para evitar tomas largas
b) Limpio, cómodo y con privacidad
c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
a) Reduce el bienestar materno
b) No influye en la lactancia
c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
a) Abandonar tempranamente la lactancia
b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
c) Limitar la lactancia a espacios privados

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
(a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
b) Apoyo familiar y comunitario
(c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
(a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
a) Incómodo para evitar tomas largas
(b) Limpio, cómodo y con privacidad
c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
a) Reduce el bienestar materno
b) No influye en la lactancia
(c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
a) Abandonar tempranamente la lactancia
(b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
c) Limitar la lactancia a espacios privados

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
(a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
(b) Apoyo familiar y comunitario
c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
(a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
   a) Incómodo para evitar tomas largas
   (b) Limpio, cómodo y con privacidad
   c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
   a) Reduce el bienestar materno
   b) No influye en la lactancia
   (c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
   a) Abandonar tempranamente la lactancia
   (b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
   c) Limitar la lactancia a espacios privados

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
b) Apoyo familiar y comunitario
c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
a) Incómodo para evitar tomas largas
b) Limpio, cómodo y con privacidad
c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
a) Reduce el bienestar materno
b) No influye en la lactancia
c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
a) Abandonar tempranamente la lactancia
b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
c) Limitar la lactancia a espacios privados

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
b) Apoyo familiar y comunitario
c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
a) Incómodo para evitar tomas largas
b) Limpio, cómodo y con privacidad
c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
a) Reduce el bienestar materno
b) No influye en la lactancia
c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
a) Abandonar tempranamente la lactancia
b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
c) Limitar la lactancia a espacios privados

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
b) Apoyo familiar y comunitario
c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
a) Incómodo para evitar tomas largas
b) Limpio, cómodo y con privacidad
c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
a) Reduce el bienestar materno
b) No influye en la lactancia
c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
a) Abandonar tempranamente la lactancia
b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
c) Limitar la lactancia a espacios privados

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
b) Apoyo familiar y comunitario
c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
   a) Incómodo para evitar tomas largas
   b) Limpio, cómodo y con privacidad
   c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
   a) Reduce el bienestar materno
   b) No influye en la lactancia
   c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
   a) Abandonar tempranamente la lactancia
   b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
   c) Limitar la lactancia a espacios privados

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
b) Apoyo familiar y comunitario
c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
   a) Incómodo para evitar tomas largas
   b) Limpio, cómodo y con privacidad
   c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
   a) Reduce el bienestar materno
   b) No influye en la lactancia
   c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
   a) Abandonar tempranamente la lactancia
   b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
   c) Limitar la lactancia a espacios privados

TEST DE PRESABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Qué se entiende por un ambiente seguro para la madre lactante?
a) Un espacio con horarios estrictos para amamantar
b) Un entorno físico y emocional que facilita la lactancia
c) Un lugar exclusivo del hogar

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos favorece un ambiente seguro para la lactancia?
a) Falta de privacidad
b) Apoyo familiar y comunitario
c) Críticas constantes

3. El estrés y la falta de apoyo en la madre lactante pueden:
a) No afectar la lactancia
b) Favorecer la producción de leche
c) Dificultar la lactancia materna

TEST DE POSTSABERES N.8 AMBIENTE SEGURO MADRE LACTANTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Un ambiente físico adecuado para la lactancia debe ser:
   a) Incómodo para evitar tomas largas
   b) Limpio, cómodo y con privacidad
   c) Exclusivamente hospitalario

2. El apoyo emocional durante la lactancia es importante porque:
   a) Reduce el bienestar materno
   b) No influye en la lactancia
   c) Favorece la confianza y continuidad de la lactancia

3. Promover ambientes seguros para la madre lactante contribuye a:
   a) Abandonar tempranamente la lactancia
   b) Fortalecer la lactancia materna y la salud del binomio
   c) Limitar la lactancia a espacios privados

281

Alcaldía de Chima

Secretaría de Salud

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO		
Código: 120.15.06.033-2025	Versión: 0.0	Página 1 de 1
NIT 890.206.290-4		

CERTIFICADO DE PERMANENCIA

LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHIMA SANTANDER

HACE CONSTAR

Que la señora MANUELA ALEJANDRA ACEVEDO OVIEDO identificada con cédula de ciudadanía N.1098808366 de Bucaramanga, profesional en Nutrición y Dietética y la señora DINA LUZ DIAZ URIBE identificada con cédula de ciudadanía N. 1095766673 de Chima, apoyo logístico en representación de la ESE SAN ROQUE DE CHIMA, permanecieron en el municipio de Chima, Santander realizando actividades en el marco del contrato interadministrativo C01.PCCNTR7723746 denominadas ***Actividad N.1 Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en el municipio de Chima - Santander***, dichas actividades se ejecutaron desde el día 15 de Octubre hasta el día 31 de Octubre en el casco urbano del municipio.

Para constancia se firma en el municipio de Chima Santander el 31 de Octubre de 2025.

Leidy Niño Tellez

LEIDY NIÑO TELLEZ
SECRETARIA DE SALUD
CHIMA SANTANDER

Scanned with CamScanner

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	2 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Scarlet Robles Edad 20

Dirección e información de contacto:

Chima- Sentro Tel: 3217142713

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	2 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

cindy Tacera Plata Edad 23

Dirección e información de contacto:

Tres Miradores gruta Tel: 3112131303

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

Firma: Cindy Tacera

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Daniela T. Angarita Abaunza Edad 28 años

Dirección e información de contacto:

Carrera 5 # 4 - 91 Tel: 3144990907

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

Firma: Daniela Angarita

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Leidy Vasquez Angarita Edad 25

Dirección e información de contacto:

chima Santander Tel: 3012647813

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

Firma: Leidy Vasquez.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	2 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jesika Carolina Torres Bustamante Edad 20 años

Dirección e información de contacto:

Sector las flores Tel: 3114818240

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

Firma: Carolina Torres Bustamante

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

787

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Flor Aracely Traslaviña Edad 30

Dirección e información de contacto:

Calle 4 # 8-29 Tel: 3143276557

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Wendy paola gelvez Edad 25

Dirección e información de contacto:

Chima sector la amistad Tel: 3112452424

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

Firma: Wendy 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_____/_____/_____

	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yorgelis Villalobos Edad 22 años

Dirección e información de contacto:

Barrio las Flores Tel: 3229468092

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

Firma: Yorgelis Villalobos

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

290

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	2 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Adriana Lucia Gacuita Cubides Edad 25

Dirección e información de contacto:

Barrio la Fraternidad Tel: 3103831873

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

Firma: Adriana Gacuita Cubides

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 15 / 10 / 25 En (municipio, país): **Chima, Santander**

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Javier Yesid Chupeno Rosa Edad 27

Dirección e información de contacto:

Cra 5 - 5-26 La Esperanza Tel: 3134054149

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

Firma: Javier Chupeno

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____

292

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	06/09/2024
		PÁGINA	1 de 2

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Por (fotógrafo o camarógrafo): **Manuela Acevedo – Nutricionista Dietista**

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

MAMA ALEJANDRA CASAS Edad 23 AÑOS

Dirección e información de contacto:

CHIMA Tel: 3136478245

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

Firma: Maria Casas

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____