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	5/12/2025
PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yamgües · Municipio: Betulia · Fecha: 08/Octubre/2025 · Hora: 10:00

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana X

Objetivo: Promover el consumo adecuado de agua

Tema: Act. 8 ciclo 2: El consumo de Agua

INTERSECCIONALIDAD

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL OSIGD (LGBTIQ+)	DIFERENCIAL DISCAPACIDAD	DIFERENCIAL ETNIA	DIFERENCIAL NINGUNA DE LAS ANTERIORES	DIFERENCIAL VICTIMAS DEL CONFLICTO	DIFERENCIAL OTROS	CONTEXTO URBANO	CONTEXTO RURAL	FIRMA / HUELLA
	Kleidy K Gelves S.	1007329430	X			31	Betulia		3115825062	kleidyGelves@gmail.c									Kleidy Gelves
1	Yureini Gomez	1007930756	X			26	Betulia		3116554295						X				Yureini
2	Viviana Diaz A	1102714418	X			26	Betulia		3133367744	Vivianadiaz									Viviana Diaz
3	Beatriz Gomez	1099874683	X			39	Betulia		3229975306	Beatriz Gomez									Beatriz Gomez
4	Gina Paola Siena lopez	1083043359	X			26	Betulia		3023327989	Gina Siena							X		Gina Siena
5	Digna Pimiento C.	1005384480	X			25	Betulia		3229527513	Pimientocarreno@gm							X		Diana Pimiento
6	Dora P. Ortiz	1082935136	X			34	Betulia		3118501002	patricioort@hotmail.com							X		Dora
7	Karen Serrano.	1005384444	X			25	Betulia		3219197498	karensena758@gmail.c							X		Karen
8	Hana Camila Ortiz	1193124365	X			23	Betulia		3206881709	camilaortiz2019@gmail							X		Hana Camilo
9	Deicy Serrano	1049894814	X			27	Betulia		3150677994	Serranopatricio969							X		Deicy Serrano
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.

SECRETARIA DE SALUD

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	5/12/2025
PAGINA	1 de 1

Provincia: Yariguies | Municipio: Betulia | Fecha: 08/octubre/2025 | Hora: 10:00

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

Objetivo: Promover el consumo adecuado de Agua

Tema: Dct. 8 dclo 2: El consumo de Agua

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CICLO DE VIDA	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	INTERSECCIONALIDAD								FIRMA / HUELLA
			F	M	NO-BINARIO	EDAD					DIFERENCIAL						CONTEXTO		
											OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	
1	Marylin Medina	1098764896	X			27	Betulia		3201063515						n			X	
2	Dora Plata Ruiz	28023692	X			55	Betulia		3182117260								X		
3	Tania Data	1127713867	X			33	Betulia		3214336278								X		
4	Kariamy Faria	36374714	X			25	Betulia		3676284841								X		
5	Maria Serrata	1082375708	X			28	Betulia		3108159382								X		
6	Sandy Cardenas	37842126	X			45	Betulia		3204798808								X		
7	Juliana Tejeda	28526401	X			18	Betulia	Ponente	3152649411	juliana@hotmail.							y		
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.

	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	5/12/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE

Provincia: Yariguíes | Municipio: Betulia | Fecha: 09/10/2025 | Hora: 3:00pm

Objetivo: socializar buenas practicas de manofactura.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____ Act. 9 ado 2 manipulacion de alimentos para prevenir la geo helmintasis

Tema:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	INTERSECCIONALIDAD																		FIRMA / HUELLA
			GENERO			CICLO DE VIDA					DIFERENCIAL						CONTEXTO				
			F	M	NO- BINARIO	EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	
1	Laura Patricia	1005384477	X			25	Betulia	auxiliar	3204182072	Laura.047@hotmail.co					n		X		Laura P.
2	Saray Camacho	5442102	X			27	Betulia	auxiliar	3146385745	no tengo							X		Saray
3	[illegible]	1098[illegible]	X			19	Betulia	auxiliar Enfermeria	[illegible]	[illegible]							X		[illegible]
4	Lady Juliana Plata	1007421619	X			24	Betulia	Secretaria	3152140199	lady.lppl@gmail.com							X		lady.plata.p
5	Luz Marina Barrios	63495816	X			52	Betulia	SS Generales	3784321577	no tengo							X		Luz Marina
6	Claudia Salazar A	28.029.172	X			44	Albergue Betulia	Directora	3502491131	claudiasalazarduran							X		[illegible]
7	Enit Beltran D.	63.474.157	X			47	Betulia	A. E.	3012923908	Enit Beltran Dorin@gmail.com							X		Enit Beltran
8	Nubia cuadros	28023964	X			54	Betulia	Sg	3232869377	no tengo							X		Nubia cuadros
9	Luisa Moreno Pineda	1005136471	X			23	Betulia	Enfermera	3145369892	luisamorenopineda@gmail.com							X		Luisa Moreno.
10	Derson Arturo Perez	1099814782		X		19	Betulia	Promotor	3105585589	arfe210@gmail.com							X		[illegible]

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.

***Evaluación Actividad 9 ciclo 2* Manipulación de alimentos para prevenir Las Geohelmintiasis**

Nombre: Laura Patricia Monsalve Plata

Instrucciones: Preguntas de verdadero o Falso:

1. Los geohelmintos pueden transmitirse por el consumo de alimentos contaminados con tierra o heces humanas Verdadero
2. Lavarse las manos solo con agua es suficiente para evitar la transmisión de parásitos intestinales Falso
3. La correcta cocción de los alimentos elimina los huevos de geohelmintos presentes en los alimentos. Verdadero
4. Las frutas y verduras deben lavarse únicamente con agua antes de consumirse Falso
5. El uso de guantes reemplaza la necesidad del lavado de manos en la manipulación de alimentos Falso
6. Los huevos de Ascaris lumbricoides pueden sobrevivir durante semanas en el suelo húmedo Verdadero
7. La contaminación de los alimentos puede ocurrir durante la cosecha, el transporte o la preparación Verdadero
8. Es recomendable mantener las uñas cortas y limpias para prevenir la contaminación de los alimentos. Verdadero
9. La falta de saneamiento básico y de higiene personal aumenta el riesgo de transmisión de geohelmintiasis. Verdadero
10. La manipulación de alimentos no tiene relación con la propagación de parásitos intestinales Falso
11. Los manipuladores de alimentos deben realizarse exámenes médicos periódicos para descartar infecciones parasitarias Verdadero
12. Las tablas y utensilios usados para alimentos crudos pueden utilizarse sin lavado para alimentos listos para el consumo Falso
13. El uso de agua potable en la preparación de alimentos es una medida preventiva contra las geohelmintiasis. Verdadero
14. Los huevos de los geohelmintos son visibles a simple vista en los alimentos contaminados. Falso
15. Las verduras de hoja verde son alimentos con alto riesgo de contaminación por huevos de parásitos si no se lavan adecuadamente. Verdadero
16. Los manipuladores de alimentos deben recibir capacitación continua sobre buenas prácticas de higiene y manipulación. Verdadero
17. Las infecciones por geohelmintos no causan síntomas en las personas infectadas. Falso
18. Mantener los alimentos a temperaturas seguras ayuda a reducir el riesgo de contaminación biológico Verdadero
19. Los desechos y residuos deben eliminarse lejos de las áreas de preparación de alimentos para evitar contaminación cruzada Verdadero
20. La higiene personal del manipulador de alimentos no influye en la inocuidad de los alimentos ~~Verdadero~~ Falso

Evaluación Actividad 9 ciclo 2 Manipulación de alimentos para prevenir Las Geohelmintiasis

Nombre: Saray Camacho

Instrucciones: Preguntas de verdadero o Falso:

1. Los geohelmintos pueden transmitirse por el consumo de alimentos contaminados con tierra o heces humanas Verdadero
2. Lavarse las manos solo con agua es suficiente para evitar la transmisión de parásitos intestinales Falso
3. La correcta cocción de los alimentos elimina los huevos de geohelmintos presentes en los alimentos. Verdadero
4. Las frutas y verduras deben lavarse únicamente con agua antes de consumirse Falso
5. El uso de guantes reemplaza la necesidad del lavado de manos en la manipulación de alimentos Falso
6. Los huevos de Ascaris lumbricoides pueden sobrevivir durante semanas en el suelo húmedo Verdadero
7. La contaminación de los alimentos puede ocurrir durante la cosecha, el transporte o la preparación Verdadero
8. Es recomendable mantener las uñas cortas y limpias para prevenir la contaminación de los alimentos. Verdadero
9. La falta de saneamiento básico y de higiene personal aumenta el riesgo de transmisión de geohelmintiasis. Verdadero
10. La manipulación de alimentos no tiene relación con la propagación de parásitos intestinales Falso
11. Los manipuladores de alimentos deben realizarse exámenes médicos periódicos para descartar infecciones parasitarias Verdadero
12. Las tablas y utensilios usados para alimentos crudos pueden utilizarse sin lavado para alimentos listos para el consumo Falso
13. El uso de agua potable en la preparación de alimentos es una medida preventiva contra las geohelmintiasis. Verdadero
14. Los huevos de los geohelmintos son visibles a simple vista en los alimentos contaminados. Falso
15. Las verduras de hoja verde son alimentos con alto riesgo de contaminación por huevos de parásitos si no se lavan adecuadamente. Verdadero
16. Los manipuladores de alimentos deben recibir capacitación continua sobre buenas prácticas de higiene y manipulación. Verdadero
17. Las infecciones por geohelmintos no causan síntomas en las personas infectadas. Falso
18. Mantener los alimentos a temperaturas seguras ayuda a reducir el riesgo de contaminación biológico Verdadero
19. Los desechos y residuos deben eliminarse lejos de las áreas de preparación de alimentos para evitar contaminación cruzada Verdadero
20. La higiene personal del manipulador de alimentos no influye en la inocuidad de los alimentos Verdadero Falso

***Evaluación* Actividad 9 ciclo 2 Manipulación de alimentos para prevenir Las Geohelmintiasis**

Nombre: Lady Julian Plata Pardo

Instrucciones: Preguntas de verdadero o Falso:

1. Los geohelmintos pueden transmitirse por el consumo de alimentos contaminados con tierra o heces humanas Verdadero
2. Lavarse las manos solo con agua es suficiente para evitar la transmisión de parásitos intestinales Falso
3. La correcta cocción de los alimentos elimina los huevos de geohelmintos presentes en los alimentos. Verdadero
4. Las frutas y verduras deben lavarse únicamente con agua antes de consumirse Falso
5. El uso de guantes reemplaza la necesidad del lavado de manos en la manipulación de alimentos Falso
6. Los huevos de Ascaris lumbricoides pueden sobrevivir durante semanas en el suelo húmedo Verdadero
7. La contaminación de los alimentos puede ocurrir durante la cosecha, el transporte o la preparación Verdadero
8. Es recomendable mantener las uñas cortas y limpias para prevenir la contaminación de los alimentos. Verdadero
9. La falta de saneamiento básico y de higiene personal aumenta el riesgo de transmisión de geohelmintiasis. Verdadero
10. La manipulación de alimentos no tiene relación con la propagación de parásitos intestinales Falso
11. Los manipuladores de alimentos deben realizarse exámenes médicos periódicos para descartar infecciones parasitarias Verdadero
12. Las tablas y utensilios usados para alimentos crudos pueden utilizarse sin lavado para alimentos listos para el consumo Falso
13. El uso de agua potable en la preparación de alimentos es una medida preventiva contra las geohelmintiasis. Verdadero
14. Los huevos de los geohelmintos son visibles a simple vista en los alimentos contaminados. Falso
15. Las verduras de hoja verde son alimentos con alto riesgo de contaminación por huevos de parásitos si no se lavan adecuadamente. Verdadero
16. Los manipuladores de alimentos deben recibir capacitación continua sobre buenas prácticas de higiene y manipulación. Verdadero
17. Las infecciones por geohelmintos no causan síntomas en las personas infectadas. Falso
18. Mantener los alimentos a temperaturas seguras ayuda a reducir el riesgo de contaminación biológico Verdadero
19. Los desechos y residuos deben eliminarse lejos de las áreas de preparación de alimentos para evitar contaminación cruzada Verdadero
20. La higiene personal del manipulador de alimentos no influye en la inocuidad de los alimentos Falso

Evaluación Actividad 9 ciclo 2 Manipulación de alimentos para prevenir Las Geohelmintiasis

Nombre: Luz Marina Barrios

Instrucciones: Preguntas de verdadero o Falso:

1. Los geohelmintos pueden transmitirse por el consumo de alimentos contaminados con tierra o heces humanas Verdadero
2. Lavarse las manos solo con agua es suficiente para evitar la transmisión de parásitos intestinales Falso
3. La correcta cocción de los alimentos elimina los huevos de geohelmintos presentes en los alimentos. Verdadero
4. Las frutas y verduras deben lavarse únicamente con agua antes de consumirse Falso
5. El uso de guantes reemplaza la necesidad del lavado de manos en la manipulación de alimentos Falso
6. Los huevos de Ascaris lumbricoides pueden sobrevivir durante semanas en el suelo húmedo Verdadero
7. La contaminación de los alimentos puede ocurrir durante la cosecha, el transporte o la preparación Verdadero
8. Es recomendable mantener las uñas cortas y limpias para prevenir la contaminación de los alimentos. Verdadero
9. La falta de saneamiento básico y de higiene personal aumenta el riesgo de transmisión de geohelmintiasis. Verdadero
10. La manipulación de alimentos no tiene relación con la propagación de parásitos intestinales Falso
11. Los manipuladores de alimentos deben realizarse exámenes médicos periódicos para descartar infecciones parasitarias Verdadero
12. Las tablas y utensilios usados para alimentos crudos pueden utilizarse sin lavado para alimentos listos para el consumo Falso
13. El uso de agua potable en la preparación de alimentos es una medida preventiva contra las geohelmintiasis. Verdadero
14. Los huevos de los geohelmintos son visibles a simple vista en los alimentos contaminados. Falso
15. Las verduras de hoja verde son alimentos con alto riesgo de contaminación por huevos de parásitos si no se lavan adecuadamente. Verdadero
16. Los manipuladores de alimentos deben recibir capacitación continua sobre buenas prácticas de higiene y manipulación. Verdadero
17. Las infecciones por geohelmintos no causan síntomas en las personas infectadas. Falso
18. Mantener los alimentos a temperaturas seguras ayuda a reducir el riesgo de contaminación biológico Verdadero
19. Los desechos y residuos deben eliminarse lejos de las áreas de preparación de alimentos para evitar contaminación cruzada Verdadero
20. La higiene personal del manipulador de alimentos no influye en la inocuidad de los alimentos (Ver) Falso

Evaluación Actividad 9 ciclo 2 Manipulación de alimentos para prevenir Las Geohelmintiasis

Nombre: [illegible]

Instrucciones: Preguntas de verdadero o Falso:

1. Los geohelmintos pueden transmitirse por el consumo de alimentos contaminados con tierra o heces humanas Verdadero
2. Lavarse las manos solo con agua es suficiente para evitar la transmisión de parásitos intestinales falso
3. La correcta cocción de los alimentos elimina los huevos de geohelmintos presentes en los alimentos. Verdadero
4. Las frutas y verduras deben lavarse únicamente con agua antes de consumirse falso
5. El uso de guantes reemplaza la necesidad del lavado de manos en la manipulación de alimentos falso
6. Los huevos de Ascaris lumbricoides pueden sobrevivir durante semanas en el suelo húmedo verdadero
7. La contaminación de los alimentos puede ocurrir durante la cosecha, el transporte o la preparación verdadero
8. Es recomendable mantener las uñas cortas y limpias para prevenir la contaminación de los alimentos. verdadero
9. La falta de saneamiento básico y de higiene personal aumenta el riesgo de transmisión de geohelmintiasis. verdadero
10. La manipulación de alimentos no tiene relación con la propagación de parásitos intestinales falso
11. Los manipuladores de alimentos deben realizarse exámenes médicos periódicos para descartar infecciones parasitarias verdadero
12. Las tablas y utensilios usados para alimentos crudos pueden utilizarse sin lavado para alimentos listos para el consumo falso
13. El uso de agua potable en la preparación de alimentos es una medida preventiva contra las geohelmintiasis. verdadero
14. Los huevos de los geohelmintos son visibles a simple vista en los alimentos contaminados. falso
15. Las verduras de hoja verde son alimentos con alto riesgo de contaminación por huevos de parásitos si no se lavan adecuadamente. verdadero
16. Los manipuladores de alimentos deben recibir capacitación continua sobre buenas prácticas de higiene y manipulación. verdadero
17. Las infecciones por geohelmintos no causan síntomas en las personas infectadas. falso
18. Mantener los alimentos a temperaturas seguras ayuda a reducir el riesgo de contaminación biológico verdadero
19. Los desechos y residuos deben eliminarse lejos de las áreas de preparación de alimentos para evitar contaminación cruzada verdadero
20. La higiene personal del manipulador de alimentos no influye en la inocuidad de los alimentos falso

Evaluación Actividad 9 ciclo 2 Manipulación de alimentos para prevenir Las Geohelmintiasis

Nombre: Nubia Cuadros Navarro

Instrucciones: Preguntas de verdadero o Falso:

1. Los geohelmintos pueden transmitirse por el consumo de alimentos contaminados con tierra o heces humanas Verdadero
2. Lavarse las manos solo con agua es suficiente para evitar la transmisión de parásitos intestinales X
3. La correcta cocción de los alimentos elimina los huevos de geohelmintos presentes en los alimentos. Verdadero
4. Las frutas y verduras deben lavarse únicamente con agua antes de consumirse X
5. El uso de guantes reemplaza la necesidad del lavado de manos en la manipulación de alimentos X
6. Los huevos de Ascaris lumbricoides pueden sobrevivir durante semanas en el suelo húmedo Verdadero
7. La contaminación de los alimentos puede ocurrir durante la cosecha, el transporte o la preparación Verdadero
8. Es recomendable mantener las uñas cortas y limpias para prevenir la contaminación de los alimentos. Verdadero
9. La falta de saneamiento básico y de higiene personal aumenta el riesgo de transmisión de geohelmintiasis. Verdadero
10. La manipulación de alimentos no tiene relación con la propagación de parásitos intestinales X
11. Los manipuladores de alimentos deben realizarse exámenes médicos periódicos para descartar infecciones parasitarias Verdadero
12. Las tablas y utensilios usados para alimentos crudos pueden utilizarse sin lavado para alimentos listos para el consumo X
13. El uso de agua potable en la preparación de alimentos es una medida preventiva contra las geohelmintiasis. Verdadero
14. Los huevos de los geohelmintos son visibles a simple vista en los alimentos contaminados. X
15. Las verduras de hoja verde son alimentos con alto riesgo de contaminación por huevos de parásitos si no se lavan adecuadamente. Verdadero
16. Los manipuladores de alimentos deben recibir capacitación continua sobre buenas prácticas de higiene y manipulación. Verdadero
17. Las infecciones por geohelmintos no causan síntomas en las personas infectadas. X
18. Mantener los alimentos a temperaturas seguras ayuda a reducir el riesgo de contaminación biológico Verdadero
19. Los desechos y residuos deben eliminarse lejos de las áreas de preparación de alimentos para evitar contaminación cruzada Verdadero
20. La higiene personal del manipulador de alimentos no influye en la inocuidad de los alimentos ~~Falso~~ X

Enit Balfran Doran

Evaluación Actividad 9 ciclo 2 Manipulación de alimentos para prevenir Las Geohelmintiasis

Nombre:

Instrucciones: Preguntas de verdadero o Falso:

1. Los geohelmintos pueden transmitirse por el consumo de alimentos contaminados con tierra o heces humanas Verdadero
2. Lavarse las manos solo con agua es suficiente para evitar la transmisión de parásitos intestinales Falso
3. La correcta cocción de los alimentos elimina los huevos de geohelmintos presentes en los alimentos. X
4. Las frutas y verduras deben lavarse únicamente con agua antes de consumirse ~~Verdadero~~ (Falso
5. El uso de guantes reemplaza la necesidad del lavado de manos en la manipulación de alimentos Falsa
6. Los huevos de Ascaris lumbricoides pueden sobrevivir durante semanas en el suelo húmedo Verdadero
7. La contaminación de los alimentos puede ocurrir durante la cosecha, el transporte o la preparación Verdadero
8. Es recomendable mantener las uñas cortas y limpias para prevenir la contaminación de los alimentos. Verdadero
9. La falta de saneamiento básico y de higiene personal aumenta el riesgo de transmisión de geohelmintiasis. Verdadero
10. La manipulación de alimentos no tiene relación con la propagación de parásitos intestinales Falso
11. Los manipuladores de alimentos deben realizarse exámenes médicos periódicos para descartar infecciones parasitarias Verdero
12. Las tablas y utensilios usados para alimentos crudos pueden utilizarse sin lavado para alimentos listos para el consumo Falso
13. El uso de agua potable en la preparación de alimentos es una medida preventiva contra las geohelmintiasis. Verdadero
14. Los huevos de los geohelmintos son visibles a simple vista en los alimentos contaminados. Falso
15. Las verduras de hoja verde son alimentos con alto riesgo de contaminación por huevos de parásitos si no se lavan adecuadamente. Verdadero
16. Los manipuladores de alimentos deben recibir capacitación continua sobre buenas prácticas de higiene y manipulación. Verdadero
17. Las infecciones por geohelmintos no causan síntomas en las personas infectadas. ~~Verdadero~~ (Falso)
18. Mantener los alimentos a temperaturas seguras ayuda a reducir el riesgo de contaminación biológico Verdadero
19. Los desechos y residuos deben eliminarse lejos de las áreas de preparación de alimentos para evitar contaminación cruzada Verdadero
20. La higiene personal del manipulador de alimentos no influye en la inocuidad de los alimentos ~~Ver~~ Falso.

	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	5/12/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE

Provincia: Yariguíes | Municipio: Betulia | Fecha: 20/octubre/2025. | Hora: 08:00

Objetivo: Socializar los derechos y deberes que tenemos en salud.

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario_____ Participacion Ciudadana_____ Tema: Act. 10 ciclo 2 Derechos y deberes en salud

INTERSECCIONALIDAD

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO F	GENERO M	GENERO NO- BINARIO	CICLO DE VIDA EDAD	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL OSIGD (LGBTIQ+)	DIFERENCIAL DISCAPACIDAD	DIFERENCIAL ETNIA	DIFERENCIAL NINGUNA DE LAS ANTERIORES	DIFERENCIAL VICTIMAS DEL CONFLICTO	DIFERENCIAL OTROS	CONTEXTO URBANO	CONTEXTO RURAL	FIRMA / HUELLA
1	Karen Gissela Sarao	1005384444	X			25	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA	AUX ENFERMERIA	3219192498	karengisselasa 238@gmail.com							X		
2	Silvia Juliana Ramirez	1005320434	X			23	Betulia	Enfermera	3163555164	silviajulianarr 6@gmail.com							X		
3	Paola Cardenas J.	1702777274	X			19	Betulia	Aux Enfermeria	3203077271	paojime274@gmail.com							X		Paola Cardenas J
4	Card Dayana M.	1095791756	X			20	Betulia.	Aux. Enfermeria	3185987064	Carddayana marino@gmail.com							X		Card Dayana M.
5	ELIZABETH GAMBOA	37292186	X			42	BETULIA	AUX ENFERMERIA	3143409893	elizabethgamboa681@gmail.com						X	X		Elizabeth G
6	LAURA PATRICIA DIAZ	1099874042	X			39	Betulia	Auxiliar Enfermeria	3174221077	lauragnas@gmail.com						X	X		
7	INGRID MORENO	1095822772	X			30	Betulia	Auxiliar Enfermeria	3208045878	Mayerlivelillalla857@gmail.com							X		
8	Camila Ortiz	1193124365	X			22	Betulia	Auxiliar Enfermeria	3206881779	Camilaortiz2019@gmail.com						X	X		
9	Sharick	1027114983	X			21	Betulia	mamá	3150516[illegible]	luciiiaben2004@gm							X		
10	Nubia Tatiana Peña	37614777	X			40	Betulia	Mamá	3163791062	1986katherinepeo@g							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.

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: Karen Gissela Serano Diaz

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: Silvia Juliana Ramirez Rojas.

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: Paola Cardenas Jimenez

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
b) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
b) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
b) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
b) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: Carol Dayana Mariño Herreño

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: ELIZABETH GAMBOA G.

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
(b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
(b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
(c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
(b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
(c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
(b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
(b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
(b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
(c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
(c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: LAURA PATRICIA DIAZA.

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: Ingrid Marero Leiva

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
(b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
(b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
(c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
(b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
(c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
(b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
(b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
(b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
(c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
(c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: María Camila Ortiz Carrillo

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: Sara García

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: Nobia [illegible] Peña

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

Ciclo 2, Evaluación 10 Actividad 10: Deberes y Derechos en salud

Nombre: Carolina Isabel blanco fontalvo.

Quiz: Selección múltiple. Elige la respuesta correcta:

Quiz: Derechos y deberes en salud para la primera infancia

1. ¿Cuál de los siguientes es un derecho fundamental de los niños y niñas en la primera infancia?
a) Elegir su médico tratante
(b) Recibir atención médica oportuna desde la gestación
c) Trabajar para ayudar a su familia
d) Elegir si desean vacunarse

2. La atención integral en salud para la primera infancia incluye:
a) Solo atención médica cuando el niño esté enfermo
(b) Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
c) Actividades recreativas y deportivas exclusivamente
d) Control de vacunación cada cinco años

3. El derecho a la nutrición adecuada en la primera infancia implica:
a) Comer lo que el niño prefiera
b) Acceso a alimentos ultraprocesados
(c) Promover la lactancia materna y una alimentación balanceada
d) Que el niño decida cuándo comer

4. ¿Qué debe garantizarse a todos los niños y niñas sin excepción?
a) Educación superior gratuita
(b) Acceso a servicios de salud y vacunación
c) Transporte escolar gratuito
d) Computadores e internet

5. Un entorno saludable para la primera infancia se caracteriza por:
a) Castigos físicos moderados
b) Exposición al humo y ruido
(c) Ambientes seguros y libres de violencia
d) Tareas domésticas para los niños

6. Un deber de los padres o cuidadores es:
a) Llevar al niño al médico solo en caso de urgencia
(b) Afiliarlo al sistema de salud desde su nacimiento
c) Decidir si desea vacunarlo o no
d) Mantenerlo aislado para evitar enfermedades

7. ¿Qué acción demuestra buen cumplimiento del deber familiar en salud?
a) Ignorar los controles de crecimiento y desarrollo
(b) Cumplir con el esquema completo de vacunación
c) Automedicar al niño con frecuencia
d) Evitar llevarlo a programas de salud

8. ¿Cuál es el deber emocional más importante de los cuidadores?
a) Exigir obediencia sin afecto
(b) Brindar afecto, seguridad y buen trato
c) Dejar que el niño se críe solo
d) Permitir castigos físicos "educativos"

9. Si un cuidador observa signos de maltrato en un niño, debe:
a) No intervenir
b) Esperar a que otro lo denuncie
(c) Informar a las autoridades o entidades competentes
d) Hablar solo con el agresor

10. La Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) establece que:
a) Los niños tienen derechos, pero sin deberes
b) La salud infantil es un servicio opcional
(c) Los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás
d) Solo los padres pueden decidir sobre la salud de los niños

AUTORIZACION DE FOTOS Y VIDEOS

2.5

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha 02 / 10 / 25 En (municipio, país): Betulia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kleidy K Gelves Edad 31

Dirección e información de contacto:

Hcb Agrupado. Tel. 3115825062.

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

Firma: Kleidy Gelves.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Nora Florez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Yuleyni Gomez. Edad 26.

Dirección e información de contacto:

HCB Agrupado Tel. 3116554295.

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

Firma: YURCINI GOMCZ

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Nora Florez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Viviana Diaz A. Edad 26.

Dirección e información de contacto:

Tcb Agrupado. Tel. 3133367749

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

Firma: viviana diaz

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Florez C

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Beatriz Gomez Edad 39

Dirección e información de contacto:

Hcb Agrupado Tel. 3222915306

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

Firma: Beatriz Gomez

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 25 En (municipio, país): Betulia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Nora Florez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Gina Paola Sierra Lopez. Edad 26.

Dirección e información de contacto:

HCB agropado. Tel. 3023327989.

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

Firma: Gna Sierra

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Nora Florez

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana pimiento C. Edad 25.

Dirección e información de contacto:

HCB Agropado Tel. 3229527513.

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

Firma: Dianapimiento c.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 25 En (municipio, país): Betulia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Liliana Florez C.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Diana Patricia Ortiz. Edad 34.

Dirección e información de contacto:

HCB Agrupado Tel. 3118561006.

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

Firma:

Nombre del testigo:

Firma:

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Flores.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Serrano. Edad 25.

Dirección e información de contacto:

HCB Agrupado. Tel. 3211912498.

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

Firma: Karen

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 2025 En (municipio, país): Bucaramanga, Colombia

Por (fotógrafo o camarógrafo): _____

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

María Camila Ortiz Carrillo Edad 22

Dirección e información de contacto:

Carrera 6 # 4-12 Divino Niño Tel. 3206881729

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

Firma: María Camila O

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha ____/____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 25 En (municipio, país): Betulia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Florez C.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Delcy Serrano. Edad 27.

Dirección e información de contacto:

Hcb Agropado. Tel. 3150677999.

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

Firma: Delcy Serrano.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Flórez C.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Marilyn Mendieta. Edad 30.

Dirección e información de contacto:

HCB Agrupado. Tel. 3204063545.

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____.

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Flores

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Dora Alata Rueda. Edad 55.

Dirección e información de contacto:

HCB Agrupado. Tel. 3182112260.

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

Firma: Dora Alata R.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Juliana Flórez C.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tania Daza Edad 33.

Dirección e información de contacto:

HCB Agrupado. Tel. 3214336218.

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

Firma: TANIA DAZA.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Adriana Florez.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Kdrianny Faria. Edad 25.

Dirección e información de contacto:

HCB Agrupado. Tel. 3167628484.

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

Firma: Kdrianny Faria.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08/10/25 En (municipio, país): Betulia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Liliana Florez.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Teresa. Edad 28.

Dirección e información de contacto:

HCB Agropado. Tel. 3108159382.

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

Firma: Maria Teresa.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 25 En (municipio, país): Betulia

Por (fotógrafo o camarógrafo): Joliana Florez C.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sandy Cardenas Edad 45.

Dirección e información de contacto:

HCB Agrupado Tel. 3204298808.

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

Firma: Sandy Cárdenas

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 08 / 10 / 25 En (municipio, país): Bolivia.

Por (fotógrafo o camarógrafo): Siuliana Florez.

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Siuliana Florez Carreño Edad 20

Dirección e información de contacto:

HCB Agapado Tel. 3225326490

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

Firma: Siuliana Florez C.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: ____/____/_____ En (municipio, país): _____

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Evelyn Sofia Ibente Gómez Edad 10

Dirección e información de contacto:

Calle 5 # 6-19 Quino niño Tel. 3123146315

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

Firma: Evelyn Sofia Ibente

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

Nombre del tutor / Parentesco:

Rosa Gómez Mamá

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

Firma: Rosa Gómez

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: ____/____/_____ En (municipio, país):_____

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prado

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Rosa Maria Gomez Florez Edad 30

Dirección e información de contacto:

Calle 5 # 6-19 Duino niño. Tel. 3016002742

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

Firma: Rosa Gomez.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo:_____

Firma:_____

Fecha_____/_____/_____-

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: ____/____/_____ En (municipio, país): _____

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Jabid Segundo Hoyos Gómez Edad 31

Dirección e información de contacto:

Calle 5 #6-19 Diuno niño Tel. 3123146315

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

Firma: Jabid Hoyos

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha_____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Maria Camila Ortiz Carrillo Edad 22

Dirección e información de contacto:

Carrera 06 #4-12 Tel. 3206881729

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

Firma: Maria Camila

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

CARMEN LUCIA GOMEZ Edad 27.

Dirección e información de contacto:

CALLE 6 NUMERO 7-15 BARRIO NUEVO Tel. 3184988642

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

Firma: CARMEN LUCIA GOMEZ.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 08 / 2025. En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

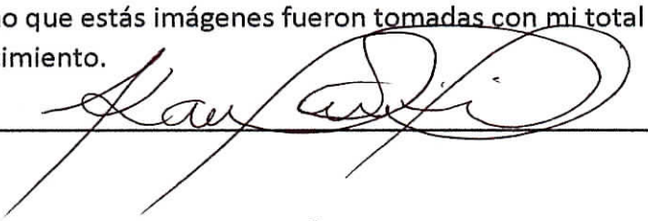
Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Assela Serrano Diaz Edad 25 años.

Dirección e información de contacto:

Carrera 3 NUMERO 5 - 19 San Bernardo Tel. 3219192498.

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

Firma: 

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Nobia Yazmin Peña Cacer Edad 40

Dirección e información de contacto:

CRA 7 # 11-62 B. Sagrado C. Tel. 3163791862

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Silvia Juliana Ramirez Rojas Edad 22

Dirección e información de contacto:

San Bernardo Tel. 3163055164

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carol Dayana Mariño Herreño Edad 20

Dirección e información de contacto:

Sagrado Corazón Tel. 3185987064

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

Firma: Carol Dayana Mariño H.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Ingrid marcela moreno vera Edad 30

Dirección e información de contacto:

Cra 7 # 11-62 Tel. 3208645878

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

Firma: Ingrid moreno v.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Gissela Baez Ortega. Edad 25

Dirección e información de contacto:

Cra 7 Nº 11 - 72 Tel. 3143967455

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

Firma: Karen Baez.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Tatiana Martinez Moreno. Edad 36.

Dirección e información de contacto:

calle 7 #7-24. Tel. 3153623074.

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

Firma: Tatiana Martinez Moreno.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Edwin Sebastian Navarro Rodriguez Edad 24 Años

Dirección e información de contacto:

Carrera 7 # 11-30 Barrio Sagrado Corazón Tel. 3024299538.

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

Firma: Sebastian Navarro

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Georyanis plata Marquez Edad 22

Dirección e información de contacto:

Carrera 7, Calle 8 Tel. 3116747340

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

Firma: _____

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Paola Cárdenas Jiménez Edad 18 años

Dirección e información de contacto:

Calle 3 Cra 9 #3-10 Divino niño Tel. 3203077271

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

Firma: Paola Cárdenas J.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Sara Lucia Garcia Marin Edad 21

Dirección e información de contacto:

Barrio Sagrado Corazón calle 8 # 7-21 Tel. 3150511409

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

Firma: Sara Garcia

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14 / 08 / 2025. En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Laura Patricia Diaz Alvarez. Edad 39.

Dirección e información de contacto:

Cra 3 # 1-10 Tel. 3124721077.

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

Firma: Laura Patricia Diaz Alvarez

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14/08/2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Elizabeth Gamboa Gamboa Edad 42

Dirección e información de contacto:

Calle 9 # 5-35 Tel. 3143909393

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

Firma: Elizabeth G

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 12 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Luis Gonzalo Serrano Diaz Edad 21

Dirección e información de contacto:

Cra 3#5-7 Tel. 3133481044

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

Firma: Luis Gonzalo Serrano.

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14 / 08 / 2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Carolina Isabel blanco fontalvo. Edad 24.

Dirección e información de contacto:

Cra 2 Nº 4-19 San bernardo Tel. 3188751155.

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

Firma: fontalvo

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

Nombre del tutor / Parentesco:

_____

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

Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha _____/_____/_____-

CANALIZACION DE SERVICIOS

2.6

Betulia 10 de noviembre 2025.

Informe de canalización a servicios de salud. Actividad 2: 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.

Con el propósito de garantizar el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud, las personas que asistieron a las sesiones educativas del Plan de Intervenciones Colectivas se canalizaron hacia las rutas de atención integral en salud, de acuerdo con el curso de vida al que correspondían. Para tal fin, se llevó a cabo la identificación y registro de los participantes, así como la medición del número de personas remitidas y efectivamente atendidas en los servicios de salud, asegurando el cumplimiento de los objetivos planteados en el marco del presente contrato.

Personas identificadas en el mes de junio, Julio, agosto, septiembre, octubre:

- El Hijo de Juliana Florez: José Emiliano Castañeda Florez de 3 años Número identificación 1.097.512.365, asistió a control de crecimiento y desarrollo el 17 de junio de 2025. Está pendiente su siguiente control para noviembre 2025.
- La Hija de katerine Alvarez: Evelin Mariana Pérez Álvarez de 5 años Número identificación 1.094.584.495, asistió a control de crecimiento y desarrollo el 05 de julio de 2025. También asistió a cita médica el 30 de septiembre 2025.
- La hija de Stella Plata: Anna Lucia Diaz Plata, de 4 años, Número de Identificación 1.099.874.983, asistió a control de Primera infancia el día 14 de julio de 2025. Está pendiente su siguiente control para noviembre 2025.

Este informe se hizo con ayuda de los equipos básicos de salud del Municipio de Betulia.

En las capacitaciones se evidencia que los niños menores de 5 años y los padres que participaron, están vinculados a programas de Primera Infancia.

Elaborado Por: Jorge Arturo Duarte Prada, Nutricionista y Dietista PIC

	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	5/12/2025
		PAGINA	1 de 1

SECRETARIA DE SALUD

Provincia: Yariguies | Municipio: Betulia | Fecha: 09 sept 2025 | Hora:

Tipo de Actividad: Asistencia Tecnica_____ Beneficiario _____ Participacion Ciudadana _____

Objetivo: Seguimiento ciclo 2 act 2- Realizar acciones de gestion del riesgo de la desnutricion en el entorno comunitario, ambito urbano dirijido a primera infancia en el municipio priorizados del departamento de santander

Tema:

INTERSECCIONALIDAD

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CICLO DE VIDA	MUNICIPIO Y ENTIDAD	CARGO U OCUPACION	CELULAR	EMAIL	DIFERENCIAL						CONTEXTO		FIRMA / HUELLA
			F	M	NO- BINARIO	EDAD					OSIGD (LGBTIQ+)	DISCAPACIDAD	ETNIA	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	VICTIMAS DEL CONFLICTO	OTROS	URBANO	RURAL	
1	Juliana Florez C.	1098782453	X			28	Betulia	Mamá	3225326444	juliana florez c232 @gmail.com							X		
2	Emiliano Castañeda	1097512365		X		3	Betulia	hijo	3225326444	juliana florez c232 @gmail.com							X		
3	Khatherine Alvarez	1005384449	X			25	Betulia	Mamá	3135655161	alvarez kathe971 @gmail.com							X		
4	Evelyn Perez A	1094584495	X			5	Betulia	hija	3135655161	alvarez kathe971 @gmail.com							X		
5	Stella Plata	1099874789	X			26	Betulia	Mamá	3144275446	alvarez kathe971 @gmail.com							X		
6	Ana lucia Diaz	1099874983	+			4	Betulia	hija	3144275446	NO aplica							X		
7																			
8																			
9																			
10																			

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

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

INFORME FINAL

2.7

OBJETO: IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER

SEGUNDO INFORME DE ACTIVIDAD(ES) REALIZADAS MUNICIPIO BETULIA, CORRESPONDIENTE AL 100% DEL CONTRATO

ACTIVIDAD 1. Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano, dirigido a primera infancia en municipios priorizados del departamento de Santander.

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES:
1.Elaborar Plan de trabajo, Cronograma y calendario mensual de actividades.	1.Entrega de plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.

Se elaboró el plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.

Anexo Captura de pantalla Plan de trabajo.

PLAN DE TRABAJO DEL PROYECTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO:		ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA - SANTANDER	
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS SANTANDER			
IDENTIFICACIÓN DEL TERRITORIO:		Betulia Casco Urbano	
NOMBRE DEL PROFESIONAL O AUXILIAR:		Jorge Arturo Duarte Prada - Nutricionista y Dietista	
ACTIVIDADES	**PRODUCTO**	**METODOLOGÍA**	**RESPONSABLE**
1. Elaborar Plan de trabajo, Cronograma y calendario mensual de actividades.	Entrega de plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	Se elaborara 1 plan de trabajo para la ejecución del contrato. También se elaborará un cronograma y un calendario mensual de actividades.	Nutricionista y apoyo logistico
2. Participar en la Reuniónes Periodicas (minimo 1 Mensual) convocadas por el supervisor con el fin de propender el cumplimiento a los terminos establecidos en el contrato.	a) acta de reunión, b) registro fotográficoa de asistencia	Realizar una reunión mensual y acta de de reunión con la supervisora del contrato.	Nutricionista y apoyo logistico
3. Realizar (1) Reunión de Coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio.	Acta de reunión, Registro fotográfico y certificación de permanencia.	Se Realizará en Junio una reunión de coordinación con la secretaria de salud municipal, Se hará acta de reunión, se anexará registro fotográfico y certificado de permanencia.	Nutricionista y apoyo logistico

Anexo Captura de pantalla Cronograma

CRONOGRAMA DE TRABAJO – N01

ROCESO	**ESARROLLO DE ACCIONES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA EN SANTANDE**	**ECRETARIA U OFICIN**	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ECHA CREACION	**25 DE ABRIL DE 2025**	**FECHA DE ACTUALI**	**"31 DE OCTUBRE DE 2025"**

Programado Ejecutado Reprogramado

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
Elaborar Plan de trabajo, Cronograma y calendario mensual de actividades sobre promoción de Lactancia Materna	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acción Apoyo Logístico													
Reunión con supervisor: entrega de acta de reunión y registro de asistencia.	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acción Apoyo Logístico													
Reunión y coordinación con la secretaria de salud Municipal: acta de reunión, datos fotográficos y certificación de permanencia.	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acción Apoyo Logístico													
Realizar 2 ciclos de Masificación educativas para cuidadores y gestantes: registro de asistencia, evaluaciones iniciales y finales, Registro fotográfico y certificado de permanencia. **Tema ciclo 1:** La leche materna. Beneficios de la lactancia materna. La inmunidad materna. Composición y fases de la leche materna. Lactancia materna: extracción, conservación, transporte y suministro de la leche materna). Dificultades de la madre lactante. Lactancia materna sobre demanda. Ambiente cero para la madre lactante. Posición correcta para amamantar. Agarre correcto del pecho. **Tema ciclo 2:** Dificultades de la lactancia. Hormonas que protegen la lactancia materna. Promoción de alimentación complementaria educando 1. Promoción de alimentación complementaria educando 2. Promoción de alimentación complementaria educando 3. Promoción de alimentación complementaria educando 4. Horarios claves a tener en cuenta en la alimentación complementaria. Prácticas de higiene y manipulación de alimentar. Alimentación de la madre lactante. Las bebidas durante la lactancia materna.	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acción Apoyo Logístico													
Llenar el Formato de autorización derechos de imagen y grabación audiovisual en cada sesión educativa.	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acción Apoyo Logístico													
Seguimiento y coordinación de servicios de salud para Gestantes.	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acción Apoyo Logístico													
	Jorge Duarte Prada													

Anexo captura de pantalla Calendarios mensuales de actividades: AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

MUNICIPIO	**BETULIA**		**FECHA**	**AGOSTO DE 2025 – SEPTIEMBRE 2025**	**CALENDARIO No.**	**05**
CONTRATISTA	**ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**					
VIGENCIA DEL CONTRATO	**No. DE MESES**	**8**	**FECHA DE INICIO**	**20 DE ABRIL DE 2025**	**FECHA DE TERMINACION**	**21 DE DICIEMBRE DE 2025**
No. CONTRATO GUANE	**00001066**		**No. CONTRATO SECOP**		**CO1.PCCNTR.7721055**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**LINDA SALAZAR GRIMALDOS**					
OBJETO DEL CONTRATO	**IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL., ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER.** **Actividad 2 – Acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en municipios priorizados del departamento de Santander.**					

			JUEVES 21 agosto Elaboración de cronograma, planeación de actividades y contenido educativo. Invitación a comunidad Betuliana.	VIERNES 22 agosto Elaboración de cronograma, planeación de actividades y contenido educativo. Invitación a comunidad Betuliana.
LUNES 25 agosto Elaboración de fichas e informes.	MARTES 26 agosto Elaboración de fichas e informes.	MIERCOLES 27 agosto Elaboración de fichas e informes.	JUEVES 28 agosto Elaboración de fichas e informes.	VIERNES 29 agosto Elaboración de fichas e informes.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

MUNICIPIO	BETULIA		FECHA	SEPTIEMBRE DE 2025 – OCTUBRE 2025	CALENDARIO No.	06
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA					
VIGENCIA DEL CONTRATO	No. DE MESES	8	FECHA DE INICIO	20 DE ABRIL DE 2025	FECHA DE TERMINACION	21 DE DICIEMBRE DE 2025
No. CONTRATO GUANE	00001066		No. CONTRATO SECOP		CO1.PCCNTR.7721055	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	LINDA SALAZAR GRIMALDOS					
OBJETO DEL CONTRATO	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL., ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER. Actividad 2 – Acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en municipios priorizados del departamento de Santander.					

LUNES 22 septiembre Elaboración de fichas e informes.	MARTES 23 septiembre Elaboración de fichas e informes.	MIERCOLES 24 septiembre Elaboración de fichas e informes.	JUEVES 25 septiembre Elaboración de fichas e informes.	VIERNES 26 septiembre **2:00 pm Ciclo 2, sesión 9:** Alimentación de la Madre Lactante
LUNES 29 septiembre **2:00 pm Ciclo 2, sesión 10:** Las bebidas durante la lactancia materna.	MARTES 30 septiembre Elaboración de informe final	MIERCOLES 01 octubre Elaboración de informe final	JUEVES 02 octubre Elaboración de informe final	VIERNES 03 octubre Elaboración de informe final

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

MUNICIPIO	BETULIA		FECHA	OCTUBRE DE 2025 – NOVIEMBRE 2025	CALENDARIO No.	7
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA					
VIGENCIA DEL CONTRATO	No. DE MESES	8	FECHA DE INICIO	20 DE ABRIL DE 2025	FECHA DE TERMINACION	21 DE DICIEMBRE DE 2025
No. CONTRATO GUANE	00001066		No. CONTRATO SECOP		CO1.PCCNTR.7721055	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	LINDA SALAZAR GRIMALDOS					
OBJETO DEL CONTRATO	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL., ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER. Actividad 2 – Acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera infancia en municipios priorizados del departamento de Santander.					

				VIERNES 24 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.
LUNES 27 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	MARTES 28 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	MIERCOLES 29 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	JUEVES 30 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	VIERNES 31 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.

Nombre	Fecha de modificación
CALENDARIO AGOSTO - SEPTIEMBRE LACTANCIA MATERNA	6/11/2025 3:39 p. m.
CALENDARIO JULIO- AGOSTO LACTANCIA MATERNA	2/10/2025 12:05 p. m.
CALENDARIO JUNIO - JULIO LACTANCIA MATERNA	25/09/2025 9:44 a. m.
CALENDARIO OCTUBRE - NOVIEMBRE LACTANCIA MATERNA	20/11/2025 11:48 a. m.

2.Participar en la Reuniones periódicas (mínimo 1 Mensual) convocadas por el supervisor con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.	2. a) acta de reunión, b) registro fotográfico de asistencia

Se anexa capturas de pantalla de actas de reunión y registro fotográfico:

	ACTA		
		VERSIÓN	
		FECHA DE APROBACIÓN	
		PÁGINA	

ACTA No. 05

Fecha: 20/11/2025 **Hora:** 09:00am **Lugar:** Online plataforma - Teams

Orden del día

1. Saludo
2. Registro de asistencia
3. Socialización - revisión de documentos por parte de la supervisora del contrato CO1.PCCNTR.7721055. Act.01
5. Finalización de la reunión

Desarrollo de la Reunión

1. **Saludo**

Toma la palabra la Dra. Linda Salazar Grimaldos, saludando a los presentes, indicando que el motivo de este encuentro será la revisión de los documentos digitalizados por parte de la ESE Hospital san Juan de Dios en el marco del cumplimiento del contrato **CO1.PCCNTR.7721055. Act.01**

2. **Registro de asistencia**

La Dra. Linda Salazar Grimaldos, registra la asistencia.

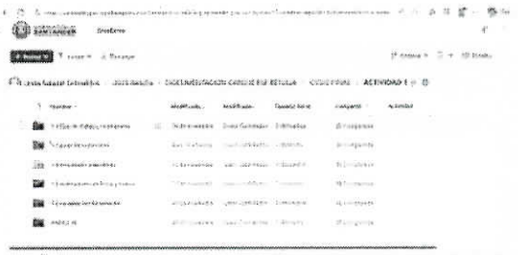
3. Socialización - revisión de documentos por parte de la supervisora del contrato CO1.PCCNTR.7721055. Act.01.

Toma la palabra la supervisora del contrato, preguntando acerca del avance en el diligenciamiento de la información de cada uno de los documentos relacionados a la fecha, para lo cual se realiza la presentación del Excel de la siguiente manera:



	ACTA		
		VERSIÓN	
		FECHA DE APROBACIÓN	
		PÁGINA	

Por parte del apoyo logistico se realiza la presentación de los avances en las sesiones educativas y los diferentes cargues al drive asignado por parte de la supervisora en los cuales se socializa de forma individual cada documento:



En este se relacionan las carpetas en las cuales se han adjuntado documentos en relación al consecutivo de la minuta contractual:

- Plan de trabajo
- Cronogramas
- Calendarios
- Actividades educativas
- Autorizaciones de fotos y videos
- Canalización de servicios
- Seguimientos



ACTA

ACTA No. 04

Fecha: 02/10/2025 **Hora:** 10:00am **Lugar:** Online plataforma - Teams

Orden del día

1. Saludo
2. Registro de asistencia
3. Socialización - revisión de documentos por parte de la supervisora del contrato CO1.PCCNTR.7721055. Act.01
5. Finalización de la reunión

Desarrollo de la Reunión

1. **Saludo**

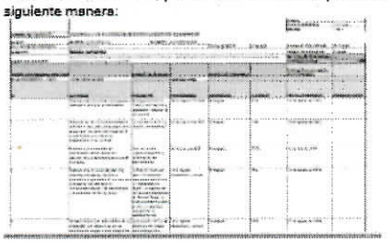
Toma la palabra la Drs. Linda Salazar Grimaldos, saludando a los presentes, indicando que el motivo de este encuentro será la revisión de los documentos digitalizados por parte de la ESE Hospital san Juan de Dios en el marco del cumplimiento del contrato **CO1.PCCNTR.7721055. Act.01**

2. **Registro de asistencia**

La Dra. Linda Salazar Grimaldos, registra la asistencia.

3. Socialización - revisión de documentos por parte de la supervisora del contrato CO1.PCCNTR.7721055. Act.01.

Toma la palabra la supervisora del contrato, preguntando acerca del avance en el diligenciamiento de la información de cada uno de los documentos relacionados a la fecha, para lo cual se realiza la presentación del Excel de la siguiente manera:



ACTA

En esta se realiza la presentación del avance en la ejecución del plan de trabajo conforme a la planeación inicial, así como los calendarios en avance de las sesiones educativas.

Se realiza el recuento de los encuentros con la supervisora, en razón a las supervisiones realizadas.

Se manifiesta por parte del profesional en nutrición la pronta culminación de las sesiones y de los informes, el método de canalización de los usuarios y el reporte de los mismos a través de las necesidades presentadas en el desarrollo de los encuentros educativos.

Sin otras intervenciones por parte de los participantes se relacionan los compromisos a continuación.

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Realizar el cargue de la información a través del DRIVE BETULIA 2025	15 de octubre de 2025	ESE Hospital san Juan de Dios de Betulia
Realizar la revisión de la documentación enviada por parte de la ESE Hospital san Juan de Dios de Betulia	15 de octubre de 2025	Supervisora del contrato – Dra. Linda Salazar Grimaldos.

Siendo las 11:00 am, se levanta la reunión y en constancia se anexa el registro fotográfico del encuentro, a los dos (02) días del mes de octubre de 2025, con la firma de los asistentes.

FIRMA

LAURA GALVIS ACACIO
Apoyo logístico

LINDA SALAZAR GRIMALDOS

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES:
3. Realizar (1) Reunión de Coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio.	3. Acta de reunión, Registro fotográfico y certificación de permanencia.

Actividad ejecutada en el informe 1.

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES:
4. Realizar 2 ciclos de 10 sesiones educativas para cuidadores y gestantes Si las hay	4. A) dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo diez asistentes por sesión. B) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, C) evaluaciones iniciales y finales, D) registro fotográfico E) Certificación de permanencia.

Se anexa captura de pantalla. Se organizó cada sesión educativa con la ficha técnica, registro de asistencia digitalizado en formato Excel, las evaluaciones iniciales y finales, el registro fotográfico y los certificados de permanencia. Corresponde al ciclo 2.

Nombre 1

Compartido conmigo › ··· › FICHAS TECNICAS CO... › LACTANCIA MATERNA

Tipo | Personas | Modificado | Fuente

Nombre	Propietario	Fecha de modificación
SESION 1 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia
SESION 2 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia
SESION 3 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia
SESION 4 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia
SESION 5 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia
SESION 6 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia
SESION 7 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia
SESION 8 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia
SESION 9 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia
SESION 10 - LACTANCIA MATERNA.pdf	hospitalbetulia	18 nov hospitalbetulia

2.EVIDENCIAS REGISTRO FOTOGRÁFICO, acciones para la promoción de la lactancia materna:

Ciclo 2, Sesión 1 Dificultades de la lactancia. Salón ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. 14 de agosto 2025. Hora 3:00 pm

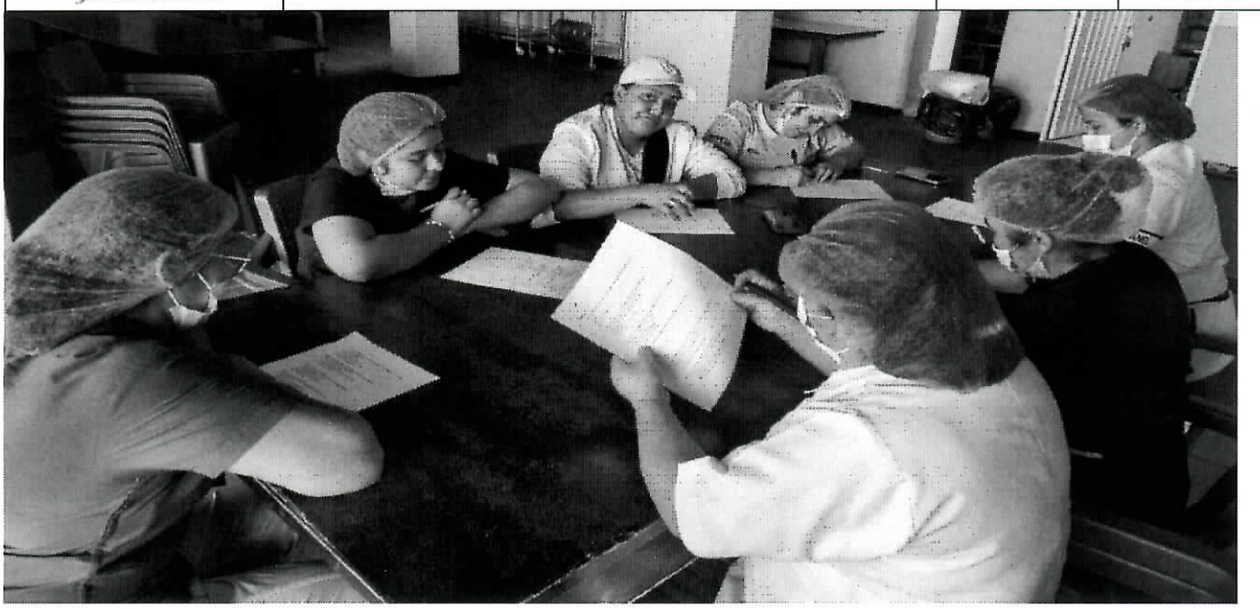


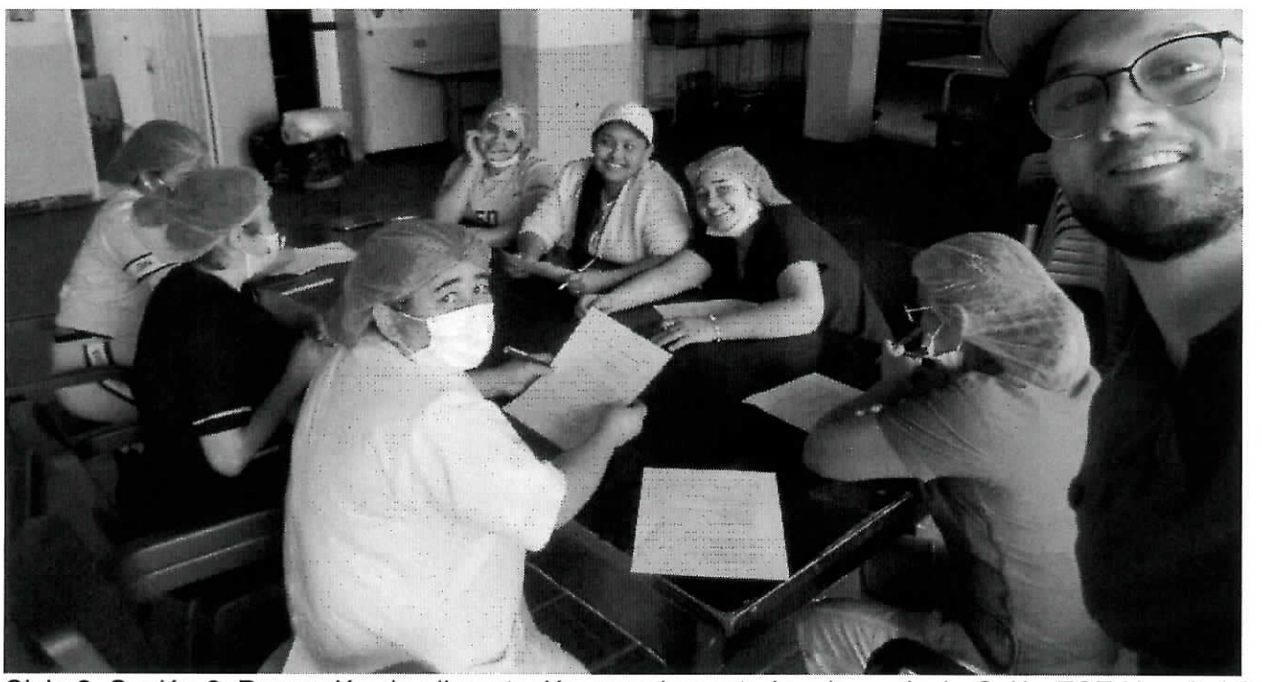




Ciclo 2, Sesión 2: Normas que protegen la lactancia materna. Salón ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. 15 de agosto 2025. Hora 2:00 pm



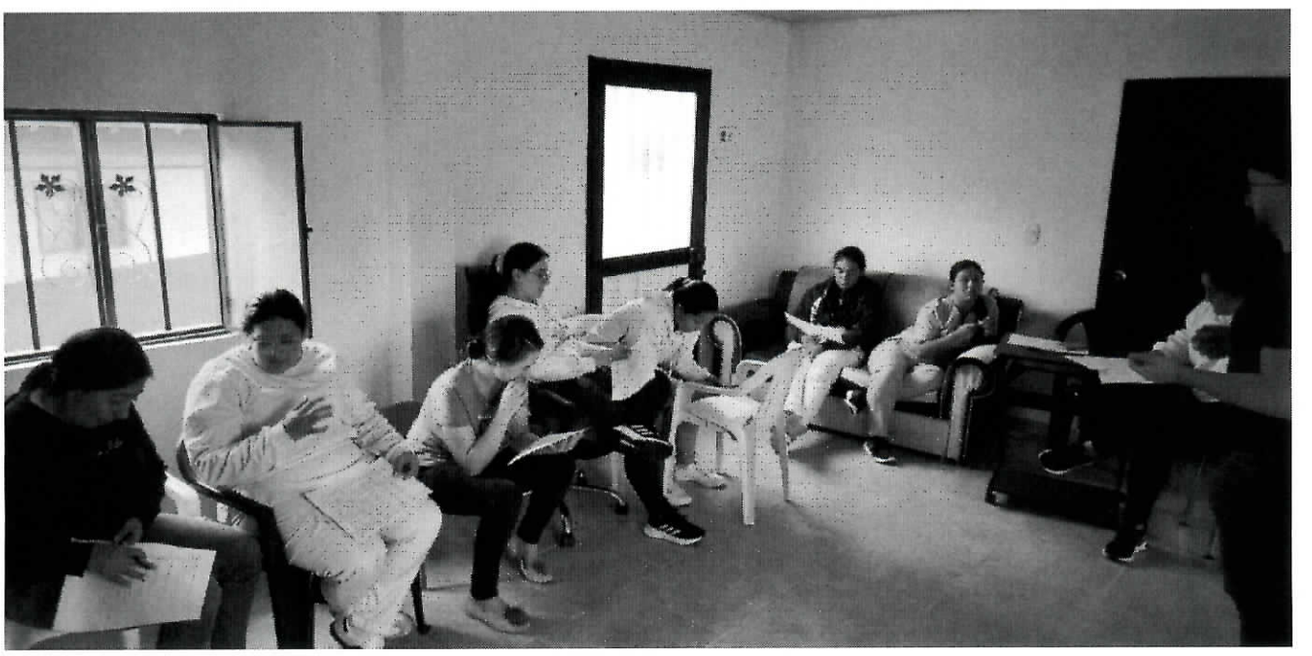




Ciclo 2, Sesión 3: Promoción de alimentación complementaria adecuada 1. Salón ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. 19 de agosto 2025. Hora 2:00 pm







Ciclo 2, Sesión 4: Promoción de la alimentación complementaria 2. Salón ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. 15 de agosto 2025. Hora 2:00 pm







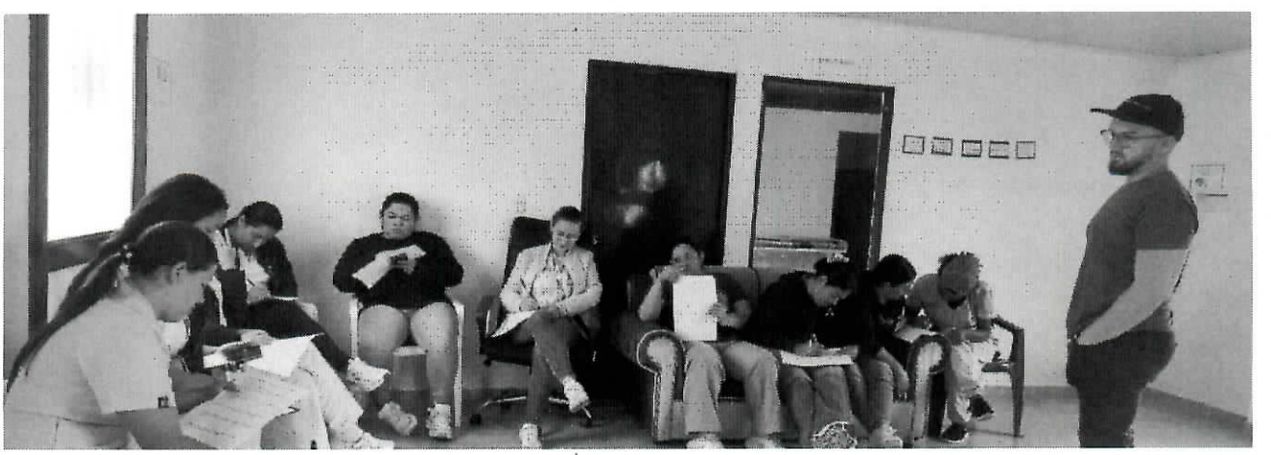
Ciclo 2, Sesión 5: Promoción de la alimentación complementaria 3. Salón ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. 15 de septiembre 2025. Hora 5:00 pm



























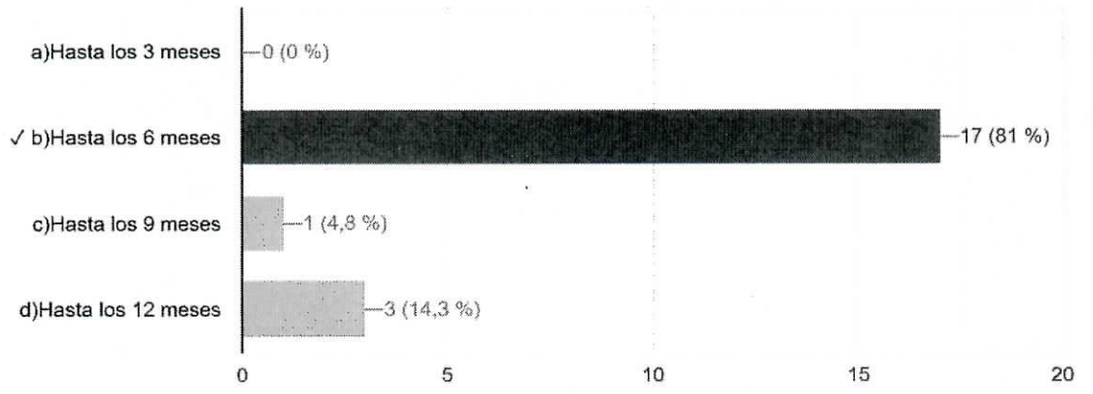




EVALUACION INICIAL – LACTANCIA MATERNA

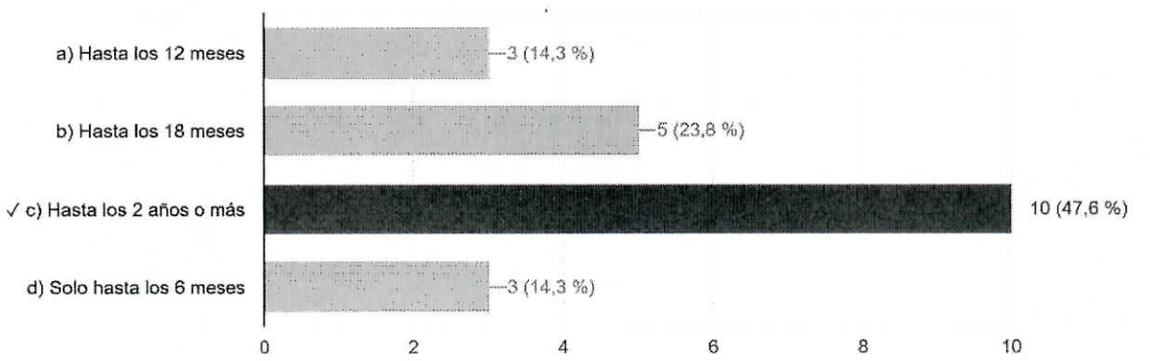
1. ¿Hasta qué edad recomienda la OMS lactancia materna exclusiva?

17 de 21 respuestas correctas



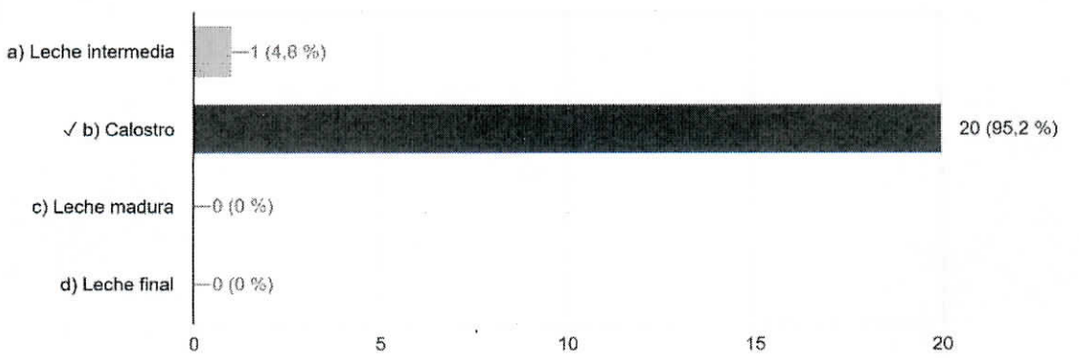
2. ¿Durante cuánto tiempo se sugiere continuar lactancia materna complementada con otros alimentos?

10 de 21 respuestas correctas



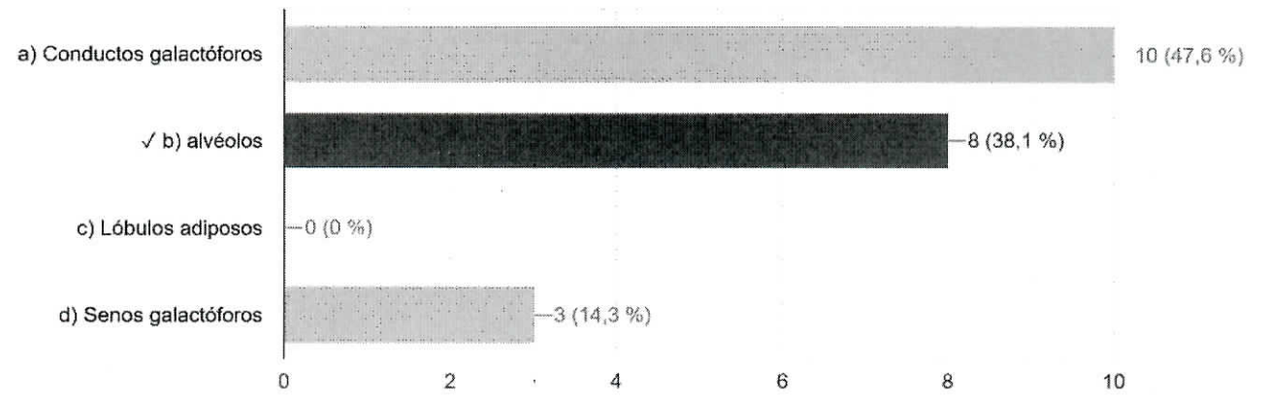
3. ¿Cómo se llama la "primera leche" que produce la madre tras el parto?

20 de 21 respuestas correctas



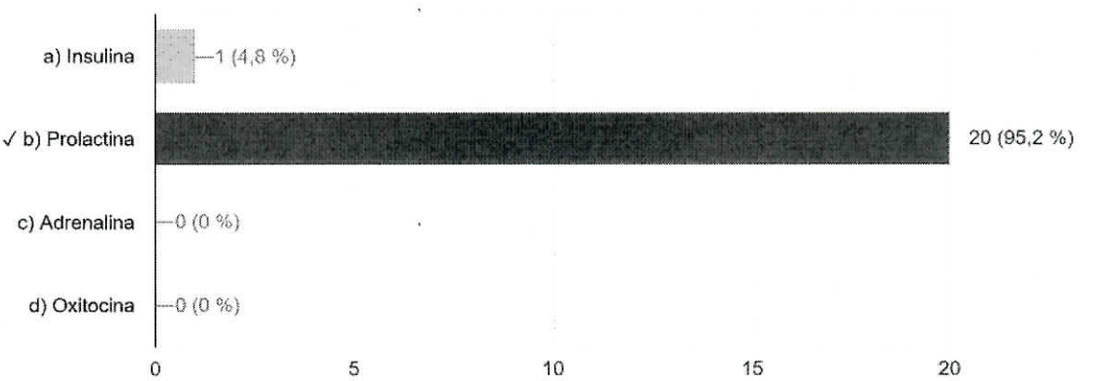
4. ¿Cuál es la principal estructura productora de leche en la glándula mamaria?

8 de 21 respuestas correctas



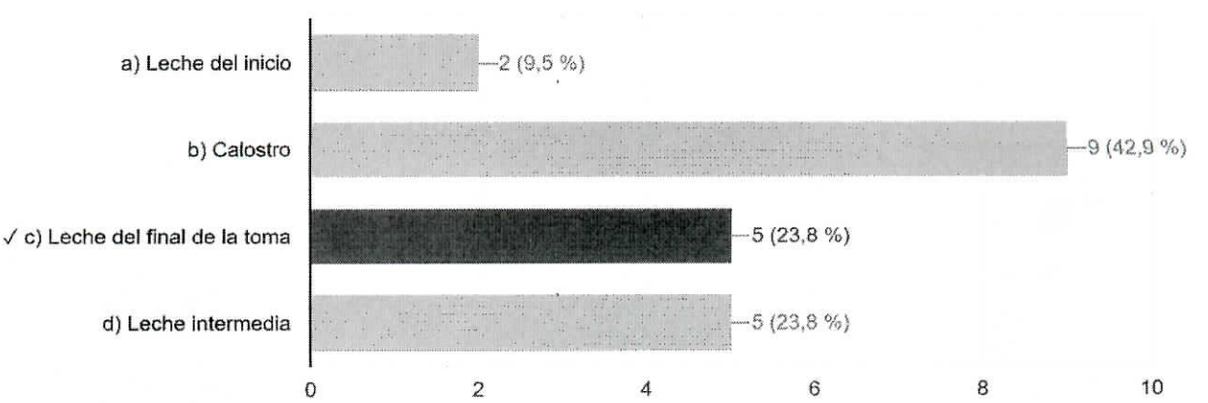
5. ¿Qué hormona estimula la producción de leche tras la succión del bebé?

20 de 21 respuestas correctas



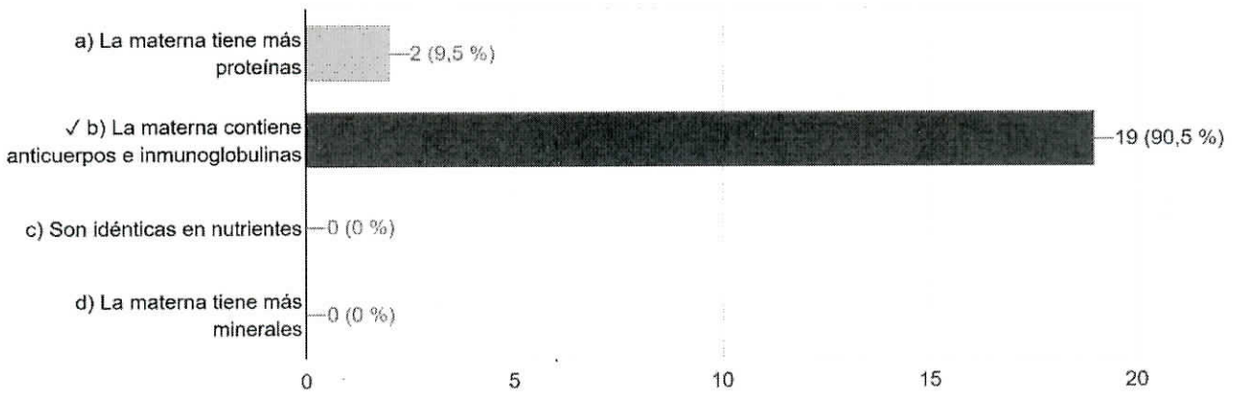
6. ¿Qué fase de la leche materna es más alta en grasa y más saciante?

5 de 21 respuestas correctas



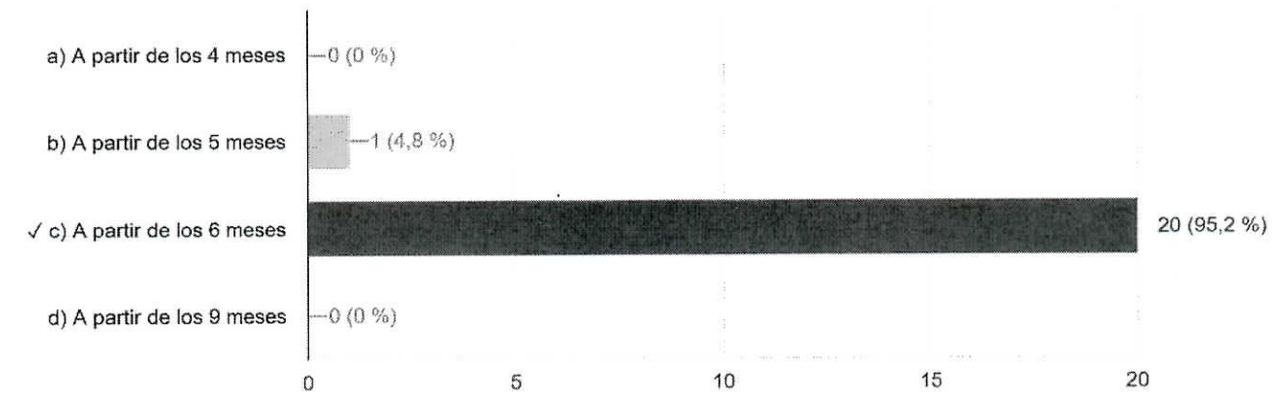
7. ¿Cuál es una diferencia clave entre la leche materna y la leche de vaca?

19 de 21 respuestas correctas



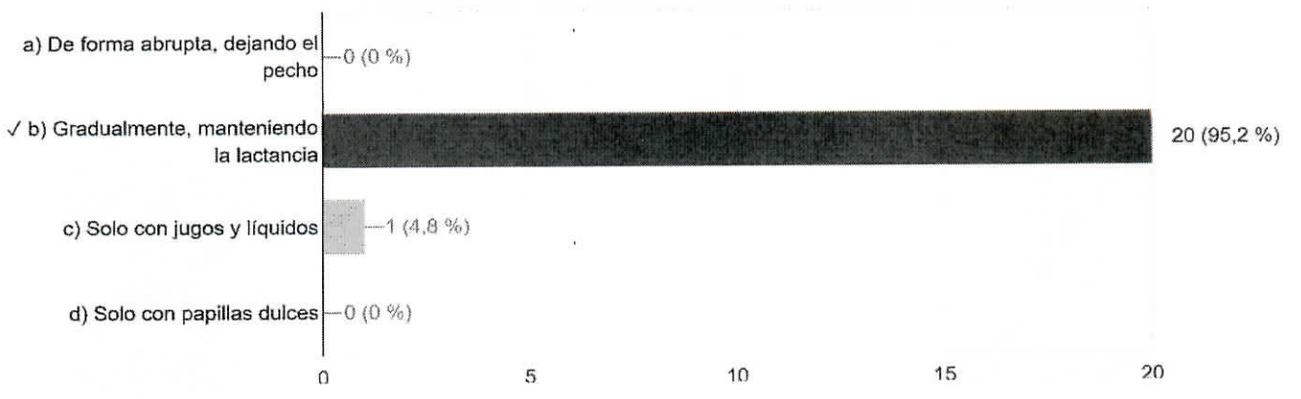
8. ¿A partir de qué edad se inicia la alimentación complementaria según la OMS?

20 de 21 respuestas correctas



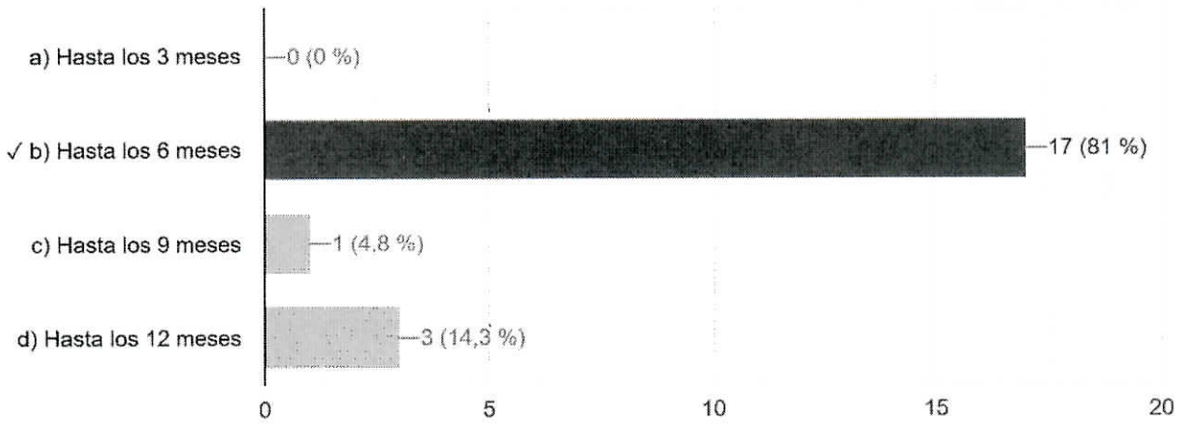
9. ¿Cómo debe iniciarse la alimentación complementaria?

20 de 21 respuestas correctas



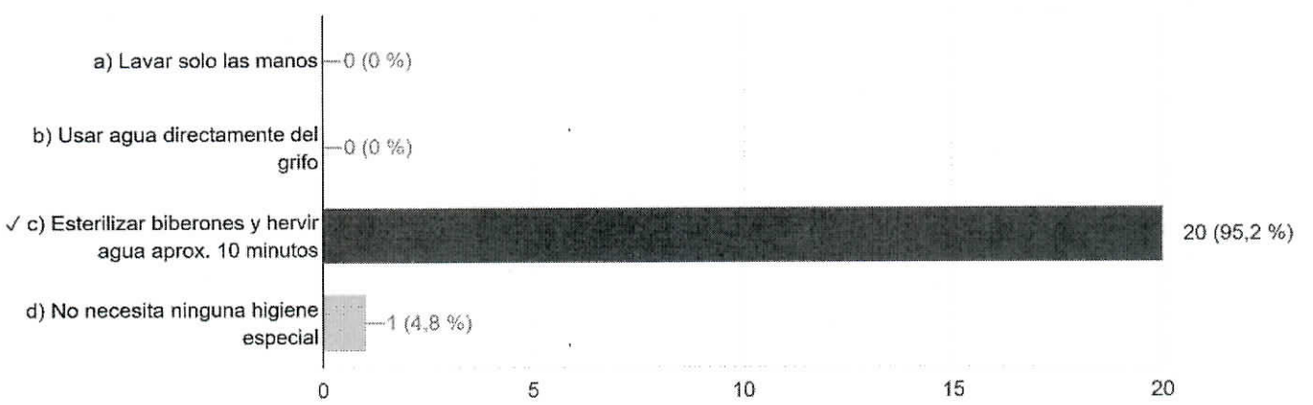
10. ¿Cuándo se considera adecuada la lactancia materna exclusiva?

17 de 21 respuestas correctas



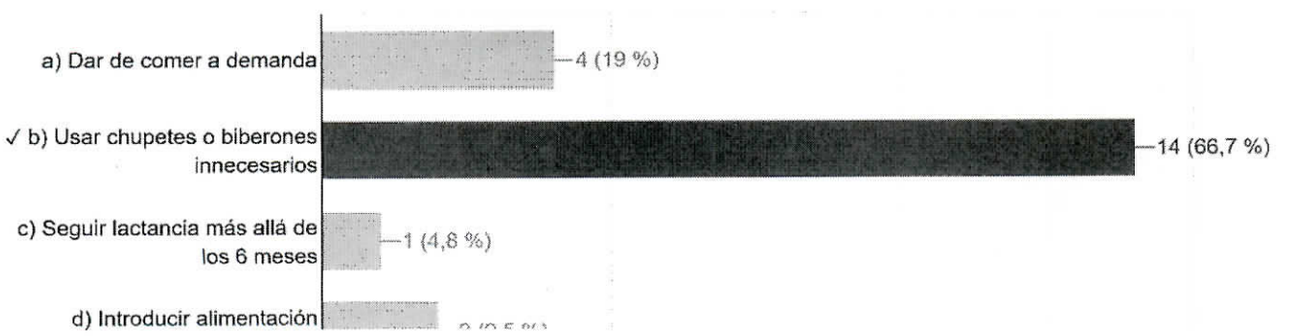
11. ¿Qué práctica de higiene es vital al preparar leche de fórmula?

20 de 21 respuestas correctas



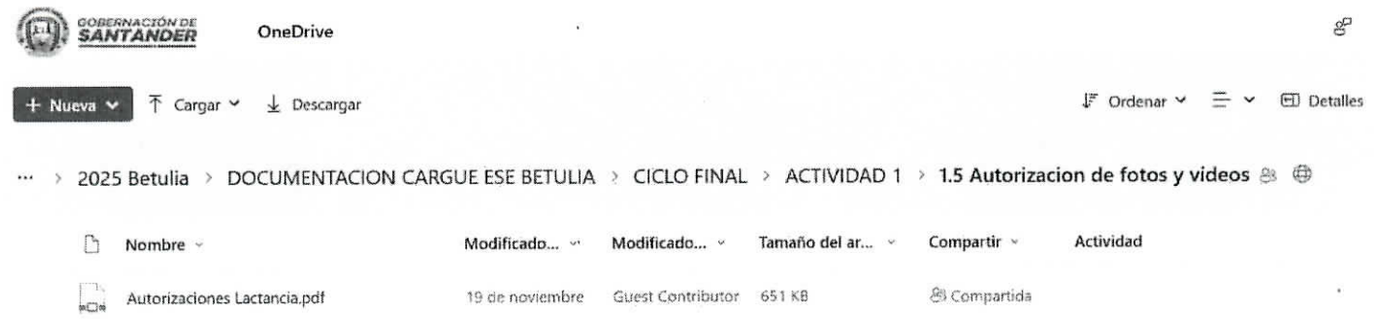
12. ¿Qué se debe evitar al alimentar al bebé durante la lactancia materna?

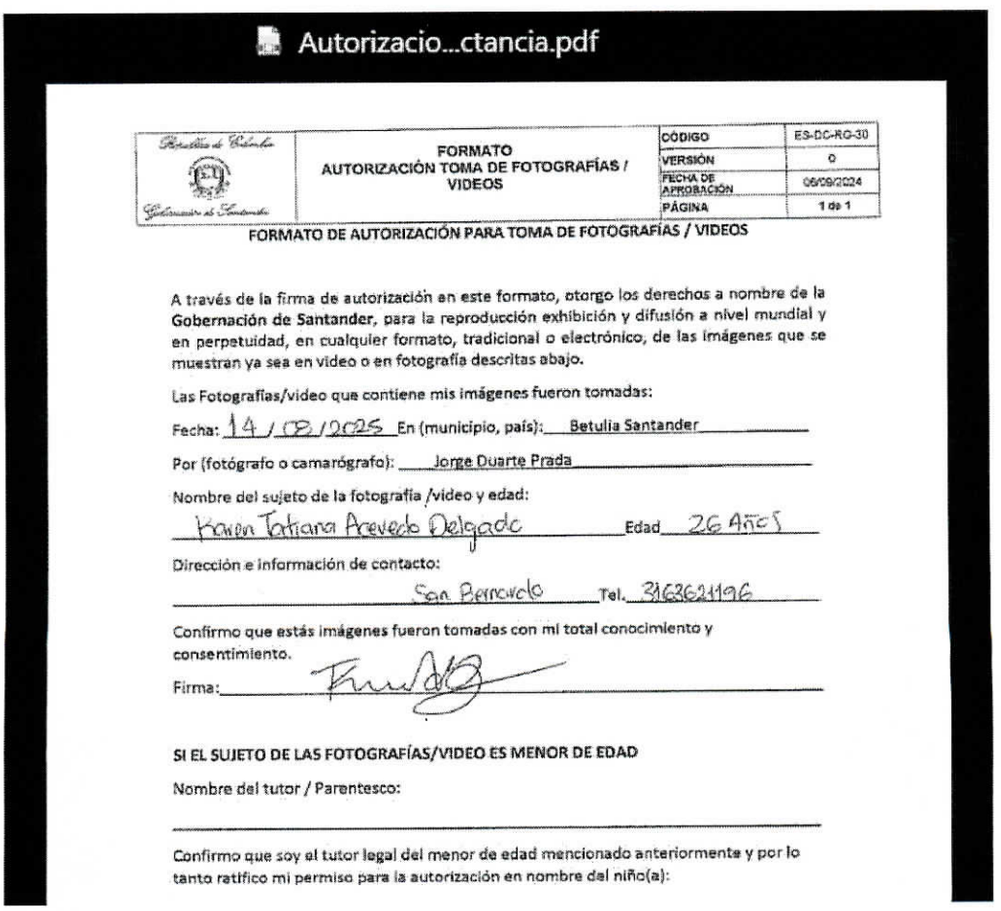
14 de 21 respuestas correctas



ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES:
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 secretaria de Salud Departamental.	5. Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (vídeos) y de propiedad intelectual otorgado a la secretaría de salud departamental.

Evidencia captura de pantalla Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y audiovisuales (vídeos) y de propiedad intelectual otorgado a la secretaría de salud departamental





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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: 14/08/2025 En (municipio, país): Betulia Santander

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Karen Tatiana Arevelo Delgado Edad 26 Años

Dirección e información de contacto:

San Bernardo Tel. 3163621196

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

Firma:

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

Nombre del tutor / Parentesco:

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

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES
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.	6. 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

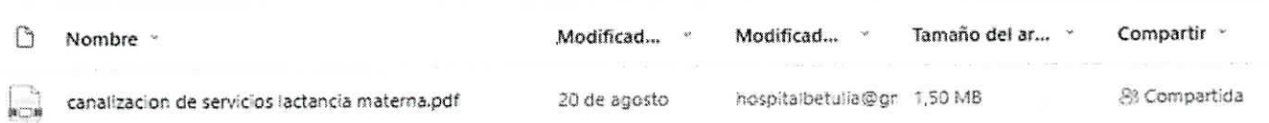
Segundo Informe de canalización a servicios de salud. Actividad 1: Realizar acciones de promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a Primera Infancia en municipios Priorizados del departamento de Santander.
Con el propósito de garantizar el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud, las personas que asistieron a las sesiones educativas del Plan de Intervenciones Colectivas se canalizaron hacia las rutas de atención integral en salud, de acuerdo con el curso de vida al que correspondían. Para tal fin, se llevó a cabo la identificación y registro de los participantes, así como la medición del número de personas remitidas y efectivamente atendidas en los servicios de salud, asegurando el cumplimiento de los objetivos planteados en el marco del presente contrato. A continuación, se describen los seguimientos:

Personas identificadas en el mes de junio, Julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre:

- Luisa Fernanda Carreño Navarro c.c. 1.005.384.414, 23 años, asistió a todas las citas programadas. Asistió a seguimiento el 6 de noviembre 2025.
- Dayanifer Espinosa Becerra, c.c. 1.095.948.458, 28 años, asistió al control prenatal el 24 de julio de 2025. Ya tuvo a su bebé.
- Hermelinda Florez Solano, c.c. 1.099.874.250, 36 años, asistió a control post parto el 04 de Julio de 2025 y el 24 de octubre.
- Cenaida Prada Rueda, c.c. 1.099.874.804, 27 años, asistió al control post parto el 29 de agosto de 2025.
- Yeraldine Monoga Monoga, c.c. 1.094.662.681, 17 años, asistió al control prenatal el 31 de julio de 2025. Ya tuvo el hijo y no vive en Betulia.
- Maria Andrea Noriega Gonzalez, C.c. 1.063.620.324, 33 años, tuvo el hijo el día 08 de agosto de 2025.
- Libia Cristina Jimenez Zalazar, c.c. 1.102.721.649, 32 años, Asistió a control post parto y seguimiento médico los días 24 de Julio y 25 de agosto de 2025.

El 100% de las personas remitidas a servicios de salud, fueron atendidas. Este informe se hizo con ayuda de los equipos básicos de salud del Municipio de Betulia.

Evidencia Captura de pantalla, del formato de canalización y seguimiento a servicios de salud de los usuarios.



ACTIVIDAD: 7. Elaborar un informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo	PRODUCTO Y ENTREGABLES

ACTIVIDAD 2: Realizar acciones de gestión del riesgo de la desnutrición en el entorno comunitario, ámbito urbano dirigido a primera Infancia en Municipios priorizados por el departamento.

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES:
1.Elaborar Plan de trabajo, Cronograma y calendario mensual de actividades.	1.Entrega de plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.

Se elaboró el plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.

Anexo Captura de pantalla Plan de trabajo.

PLAN DE TRABAJO DEL PROYECTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO:		ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA - SANTANDER	
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS SANTANDER			
IDENTIFICACIÓN DEL TERRITORIO:		Betulia Casco Urbano	
NOMBRE DEL PROFESIONAL O AUXILIAR:		Jorge Arturo Duarte Prada - Nutricionista y Dietista	
ACTIVIDADES	**PRODUCTO**	**METODOLOGÍA**	**RESPONSABLE**
1. Elaborar Plan de trabajo, Cronograma,calendario mensual de actividades.	Entrega de plan de trabajo, cronograma y calendario mensual de actividades.	Se elaborara 1 plan de trabajo para la ejecución del contrato. También se elaborará un cronograma y un calendario mensual de actividades.	Nutricionista y apoyo logistico
2. Participar en la Reuniónes Periodicas (minimo 1 Mensual) convocadas por el supervisor con el fin de propender el cumplimiento a los terminos establecidos en el contrato.	a) acta de reunión, b) registro fotográficoa de asistencia	Realizar una reunion mensual y acta de de reunión con la supervisora del contrato.	Nutricionista y apoyo logistico
3. Realizar (1) Reunión de Coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio.	Acta de reunión, Registro fotográfico y certificación de permanencia.	Se Realizará en Junio una reunion de coordinación con la secretaria de salud municipal, Se hará acta de reunión, se anexará registro fotográfico y certificado de permanencia.	Nutricionista y apoyo logistico

Anexo Captura de pantalla Cronograma

PROCESO	ARROLLO DE ACCIONES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA EN SANTAN	SECRETARIA U OFICIN	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
FECHA CREACION	25 DE ABRIL DE 2025	FECHA DE ACTUALI	"31 DE OCTUBRE DE 2025"

Programado Ejecutado Reprogramado

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ENE 1 2 3 4	FEB 1 2 3 4	MAR 1 2 3 4	ABR 1 2 3 4	MAY 1 2 3 4	JUN 1 2 3 4	JUL 1 2 3 4	AGO 1 2 3 4	SEP 1 2 3 4	OCT 1 2 3 4	NOV 1 2 3 4	DIC 1 2 3 4	OBSERVACIONES
1. Elaborar Plan de trabajo, Cronograma y calendario mensual de actividades para la programación de la Atención Materno	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acacia Apoyo Logistico													
1. Reunión con supervisor: entrega de acta de reunión y registro de asistencia.	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acacia Apoyo Logistico													
1. Reunión y coordinación con la secretaria de salud Municipal: acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acacia Apoyo Logistico													
1. Realizar 2 ciclos de 10 sesiones educativas para cuidadores y gestantes, registro de asistencia, evaluaciones iniciales y finales, Registro fotográfico y certificado de permanencia. Tomar ciclo 1: El estado nutricional. Como se valora el estado nutricional. Que es la desnutrición. Clasificación de la desnutrición. Como identificar un niño o niña con desnutrición. ¿Como podemos prevenir la desnutrición? La alimentación 1. La alimentación 2. La alimentación 3. Tomar ciclo 2: Prevención de la anemia. Prevención de la anemia (consumo de leguminosas). Control de Crecimiento y desarrollo. Las vacunas. La EDA y la IRA. Las que administrar 1, Las que administrar 2. El consumo de agua. Manipulación de alimentos para prevenir la que administrar. Derechos y deberes en salud.	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acacia Apoyo Logistico													
1. Llenar el Formato de autorización de derechos de imagen y producción audiovisual en todo tercio educativo.	Jorge Duarte Prada Nutricionista - Laura Galvis Acacia Apoyo Logistico													

República de Colombia Gobernación de Santander	CALENDARIO DE ACTIVIDADES		
			1 de 2

MUNICIPIO	**BETULIA**		**FECHA**	**AGOSTO DE 2025 – SEPTIEMBRE 2025**	**CALENDARIO No.** **05**
CONTRATISTA	**ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**				
VIGENCIA DEL CONTRATO	**No. DE MESES** **8**	**FECHA DE INICIO**	**20 DE ABRIL DE 2025**	**FECHA DE TERMINACION**	**21 DE DICIEMBRE DE 2025**
No. CONTRATO GUANE	**00001066**	**No. CONTRATO SECOP**		**CO1.PCCNTR.7721055**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**LINDA SALAZAR GRIMALDOS**				
OBJETO DEL CONTRATO	**IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL., ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER.** **Actividad 2 – 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.**				

			JUEVES 21 agosto Elaboración de cronograma, planeación de actividades y contenido educativo. Invitación a comunidad Betuliana.	VIERNES 22 agosto Elaboración de cronograma, planeación de actividades y contenido educativo. Invitación a comunidad Betuliana.
LUNES 25 agosto Elaboración de fichas e informes.	MARTES 26 agosto Elaboración de fichas e informes.	MIERCOLES 27 agosto Elaboración de fichas e informes.	JUEVES 28 agosto Elaboración de fichas e informes.	VIERNES 29 agosto Elaboración de fichas e informes.

República de Colombia Gobernación de Santander	CALENDARIO DE ACTIVIDADES		
			1 de 2

MUNICIPIO	**BETULIA**		**FECHA**	**SEPTIEMBRE DE 2025 – OCTUBRE 2025**	**CALENDARIO No.** **06**
CONTRATISTA	**ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA**				
VIGENCIA DEL CONTRATO	**No. DE MESES** **8**	**FECHA DE INICIO**	**20 DE ABRIL DE 2025**	**FECHA DE TERMINACION**	**21 DE DICIEMBRE DE 2025**
No. CONTRATO GUANE	**00001066**	**No. CONTRATO SECOP**		**CO1.PCCNTR.7721055**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	**LINDA SALAZAR GRIMALDOS**				
OBJETO DEL CONTRATO	**IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL., ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER.** **Actividad 2 – 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.**				

LUNES 22 septiembre Elaboración de fichas e informes. Planeación de actividades, elaboración de contenido educativo e invitación a la comunidad.	MARTES 23 septiembre Elaboración de fichas e informes. Planeación de actividades, elaboración de contenido educativo e invitación a la comunidad.	MIERCOLES 24 septiembre Elaboración de fichas e informes. Planeación de actividades, elaboración de contenido educativo e invitación a la comunidad.	JUEVES 25 septiembre Elaboración de fichas e informes. Planeación de actividades, elaboración de contenido educativo e invitación a la comunidad.	VIERNES 26 septiembre Elaboración de fichas e informes. Planeación de actividades, elaboración de contenido educativo e invitación a la comunidad.
LUNES 29 septiembre Elaboración de fichas e informes. Planeación de	MARTES 30 septiembre Elaboración de fichas e informes. Planeación de	MIERCOLES 01 octubre Elaboración de fichas e informes. Planeación de	JUEVES 02 octubre Elaboración de fichas e informes. Planeación de	VIERNES 03 octubre Elaboración de fichas e informes. Planeación de

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

MUNICIPIO	BETULIA	FECHA	OCTUBRE DE 2025 – NOVIEMBRE 2025	CALENDARIO No.	07
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA				
VIGENCIA DEL CONTRATO	No. DE MESES: 8	FECHA DE INICIO	20 DE ABRIL DE 2025	FECHA DE TERMINACION	21 DE DICIEMBRE DE 2025
No. CONTRATO GUANE	00001066	No. CONTRATO SECOP		CO1.PCCNTR.7721055	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	LINDA SALAZAR GRIMALDOS				
OBJETO DEL CONTRATO	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL., ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO DESARROLLO DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER. Actividad 2 – 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.				

				VIERNES 24 Octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.
LUNES 27 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	MARTES 28 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	MIERCOLES 29 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	JUEVES 30 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	VIERNES 31 octubre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.
LUNES 03 noviembre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	MARTES 04 noviembre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	MIERCOLES 05 noviembre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	JUEVES 06 noviembre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.	VIERNES 07 noviembre Elaboración de informe final, actas y cuenta de cobro.

Activar Win

GOBERNACIÓN DE SANTANDER OneDrive

+ Nueva ⤒ Cargar ⤓ Descargar ⇅ Ordenar

··· › CICLO FINAL › ACTIVIDAD 2 › 2.1 plan de t5rabajo, cronograma y calendarios › calendarios

Nombre	Modificado...	Modificado...	Tamaño del ar...	Compartir	Actividad
CALENDARIO AGOSTO - SEPTIEMBRE - DE...	20 de noviembre	Guest Contributor	377 KB	Compartida	
CALENDARIO OCTUBRE - NOVIEMBRE DE...	21 de noviembre	Guest Contributor	377 KB	Compartida	
CALENDARIO SEPTIEMBRE - OCTUBRE DE...	20 de noviembre	Guest Contributor	379 KB	Compartida	

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES:
2.Participar en la Reuniones periódicas (mínimo 1 Mensual) convocadas por el supervisor con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato.	2. a) acta de reunión, b) registro fotográfico de asistencia

Evidencia de cargue de actas de reunión y registro fotográfico:

ACTA

ACTA No. 05

Fecha: 20/11/2025 **Hora:** 11:00am **Lugar:** Online plataforma - Teams

Orden del día

1. Saludo
2. Registro de asistencia
3. Socialización - proyección de documentos adecuados y observaciones por parte de la supervisora del contrato CO1.PCCNTR 7721055. Acta 05 – Acciones de gestión del riesgo de desnutrición.
5. Finalización de la reunión

Desarrollo de la Reunión

1. **Salud**

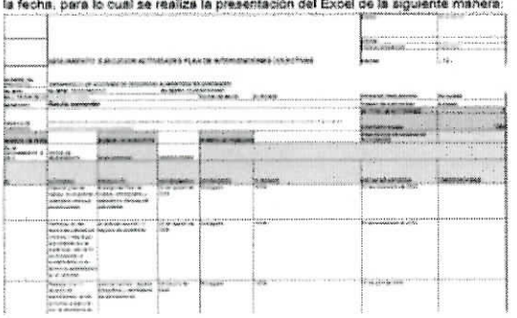
Toma la palabra la Dra. Linda Salazar Grimaldos, saludando a los presentes, indicando que el motivo de este encuentro será la revisión de los documentos digitalizados por parte de la ESE Hospital san Juan de Dios en el marco del cumplimiento del contrato **CO1.PCCNTR.7721055. Act.02.**

2. **Registro de asistencia**

La Dra. Linda Salazar Grimaldos, registra la asistencia.

3. **Socialización - revisión de documentos por parte de la supervisora del contrato CO1.PCCNTR.7721055. Act.02.**

Toma la palabra la supervisora del contrato, preguntando acerca del avance en el diligenciamiento de la información de cada uno de los documentos relacionados a la fecha, para lo cual se realiza la presentación del Excel de la siguiente manera:



Por parte del apoyo logístico se realiza la presentación de los avances en las sesiones educativas y los diferentes cargues al drive asignado por parte de la supervisora en los cuales se socializa de forma individual cada documento:



En este se relacionan las carpetas en las cuales se han adjuntado documentos en relación al consecutivo de la minuta contractual:

- Plan de trabajo
- Cronogramas
- Calendarios
- Actividades educativas
- Autorizaciones de fotos y videos
- Canalización de servicios
- Seguimientos





ACTA

ACTA No. 04

Fecha: 02/10/2025 **Hora:** 11:00am **Lugar:** Online plataforma - Teams

Orden del día

1. Saludo
2. Registro de asistencia
3. Socialización - proyección de documentos adecuados y observaciones por parte de la supervisora del contrato CO1.PCCNTR.7721055. Acta 04 – Acciones de gestión del riesgo de desnutrición.
5. Finalización de la reunión

Desarrollo de la Reunión

1. **Salud**

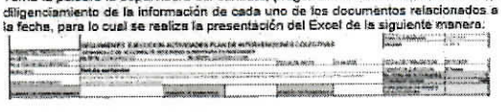
Toma la palabra la Dra. Linda Salazar Grimaldos, saludando a los presentes, indicando que el motivo de este encuentro será la revisión de los documentos digitalizados por parte de la ESE Hospital san Juan de Dios en el marco del cumplimiento del contrato **CO1.PCCNTR.7721055. Act.02.**

2. **Registro de asistencia**

La Dra. Linda Salazar Grimaldos, registra la asistencia.

3. **Socialización - revisión de documentos por parte de la supervisora del contrato CO1.PCCNTR.7721055. Act.02.**

Toma la palabra la supervisora del contrato, preguntando acerca del avance en el diligenciamiento de la información de cada uno de los documentos relacionados a la fecha, para lo cual se realiza la presentación del Excel de la siguiente manera:



ACTA

Se realiza el recuento de los encuentros con la supervisora, en razón a las supervisiones realizadas.

Se manifiesta por parte del profesional en nutrición la pronta culminación de las sesiones y de los informes, el método de canalización de los usuarios y el reporte de los mismos a través de las necesidades presentadas en el desarrollo de los encuentros educativos.

Sin otras intervenciones por parte de los participantes se relacionan los compromisos a continuación:

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Realizar el cargue de la información a través del DRIVE BETULIA 2026	15 de octubre de 2025	ESE Hospital san Juan de Dios de Betulia
Realizar la revisión de la documentación enviada por parte de la ESE Hospital san Juan de Dios de Betulia	15 de octubre de 2025	Supervisora del contrato – Dra. Linda Salazar Grimaldos.

Siendo las 11:00 am, se levanta la reunión y en constancia se anexa el registro fotográfico del encuentro, a los dos (02) días del mes de octubre de 2025, con la firma de los asistentes.

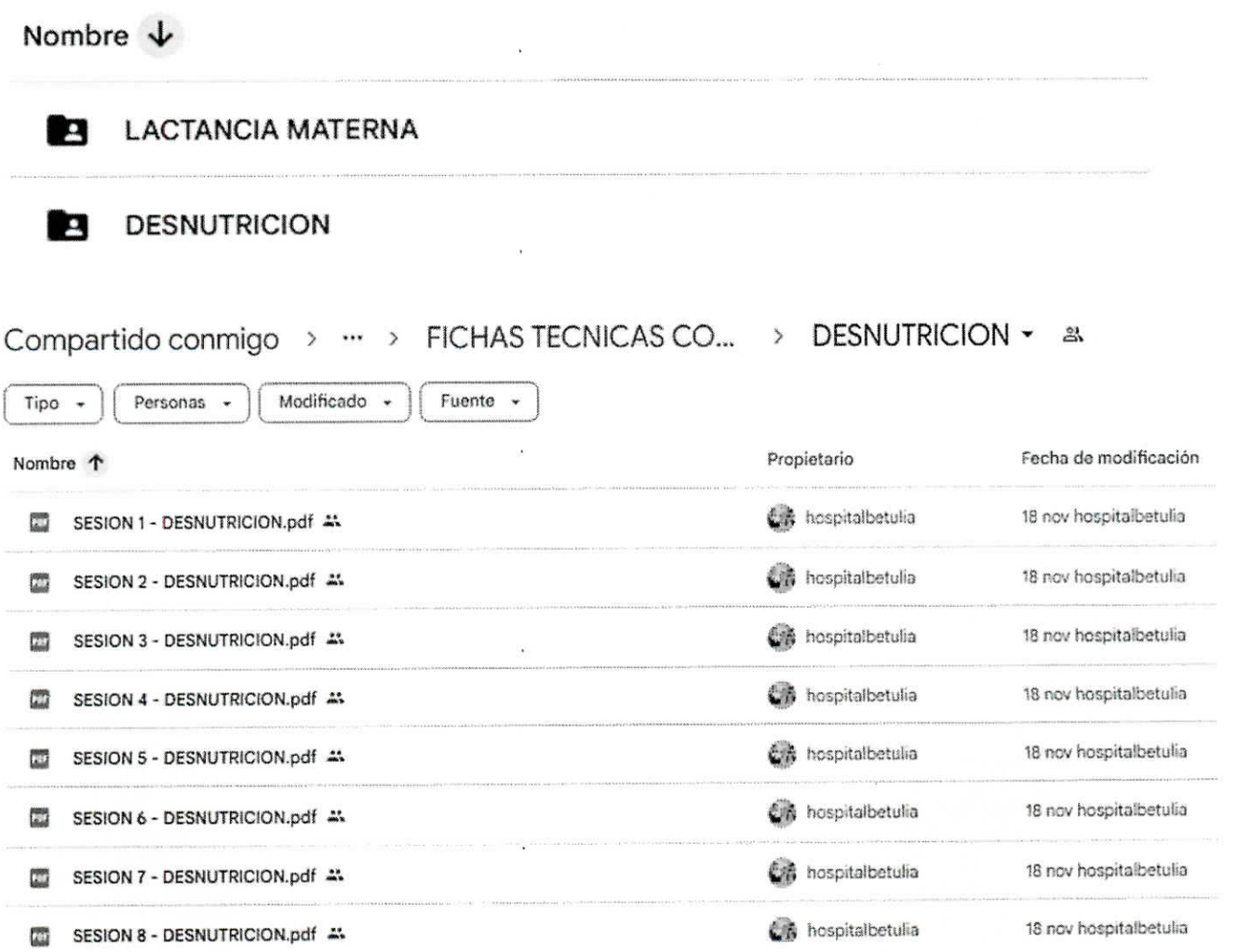
COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Realizar el cargue de la información a través del DRIVE BETULIA 2026	15 de julio de 2025	ESE Hospital san Juan de Dios de Betulia
Realizar la revisión de la documentación enviada por parte de la ESE Hospital san Juan de Dios de Betulia	17 de julio de 2025	Supervisora del contrato – Dra. Linda Salazar Grimaldos.

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES:
3. Realizar (1) Reunión de Coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio.	3. Acta de reunión, Registro fotográfico y certificación de permanencia.

Actividad ejecutada en el informe 1.

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES:
4. Realizar 2 ciclos de 10 sesiones educativas para cuidadores y gestantes Si las hay	4. A) dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo diez asistentes por sesión. B) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, C) evaluaciones iniciales y finales, D) registro fotográfico E) Certificación de permanencia.

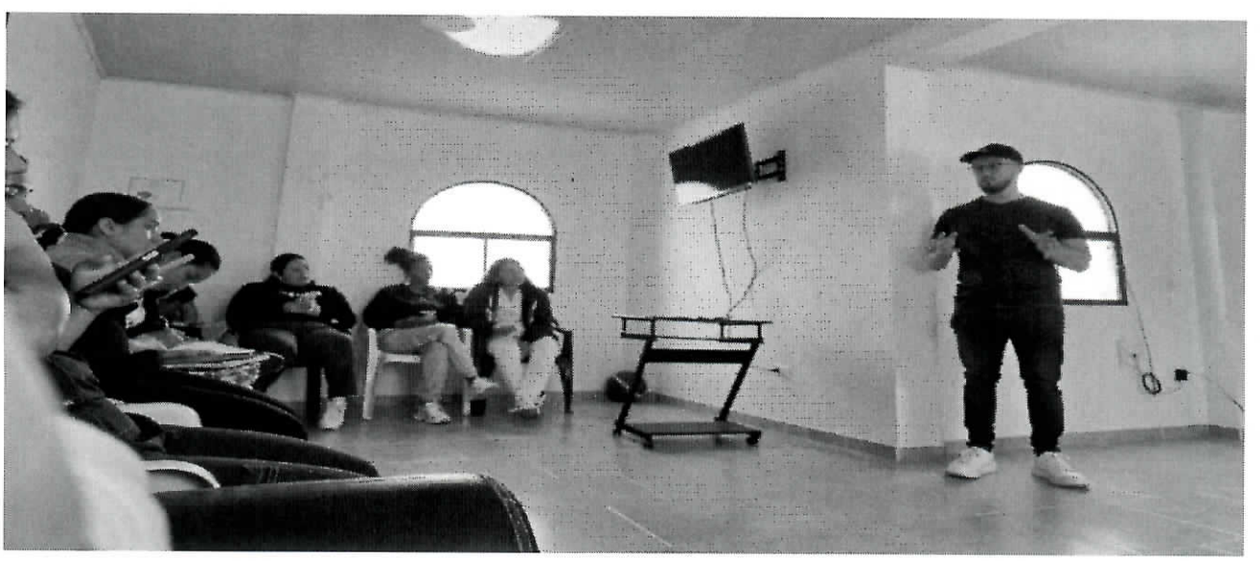


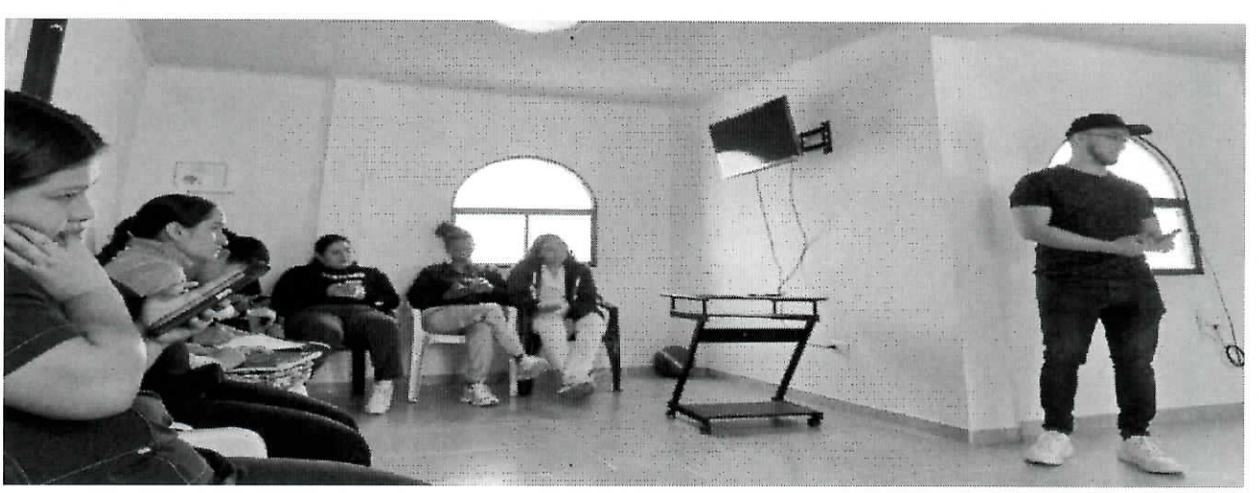
Ciclo 2, Sesión 1 Prevención de la anemia. ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. 12 de agosto 2025. Hora 10:30 am

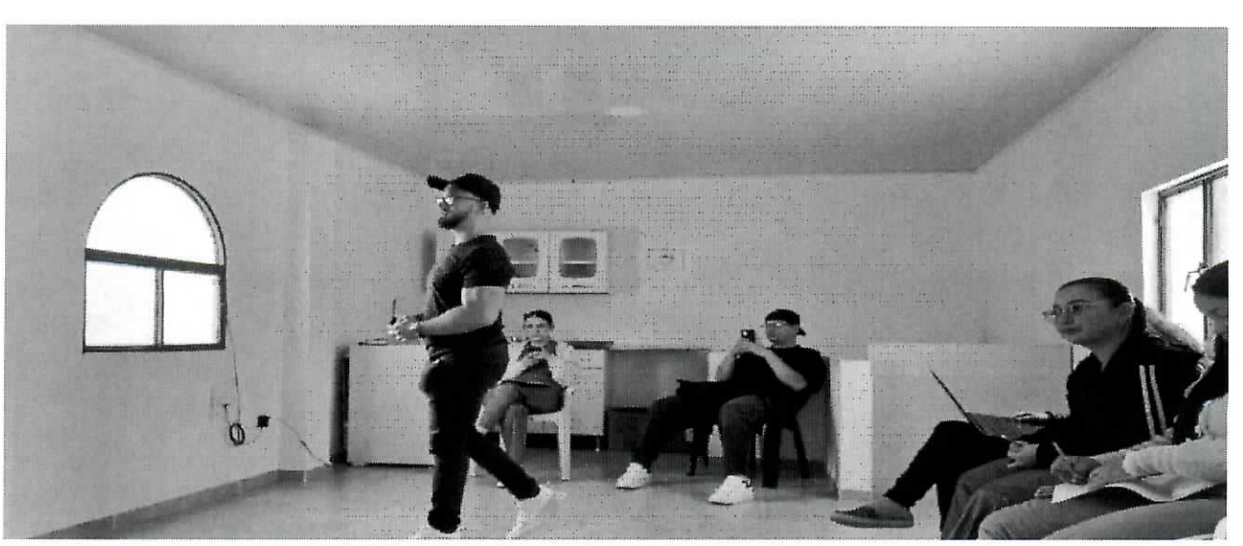




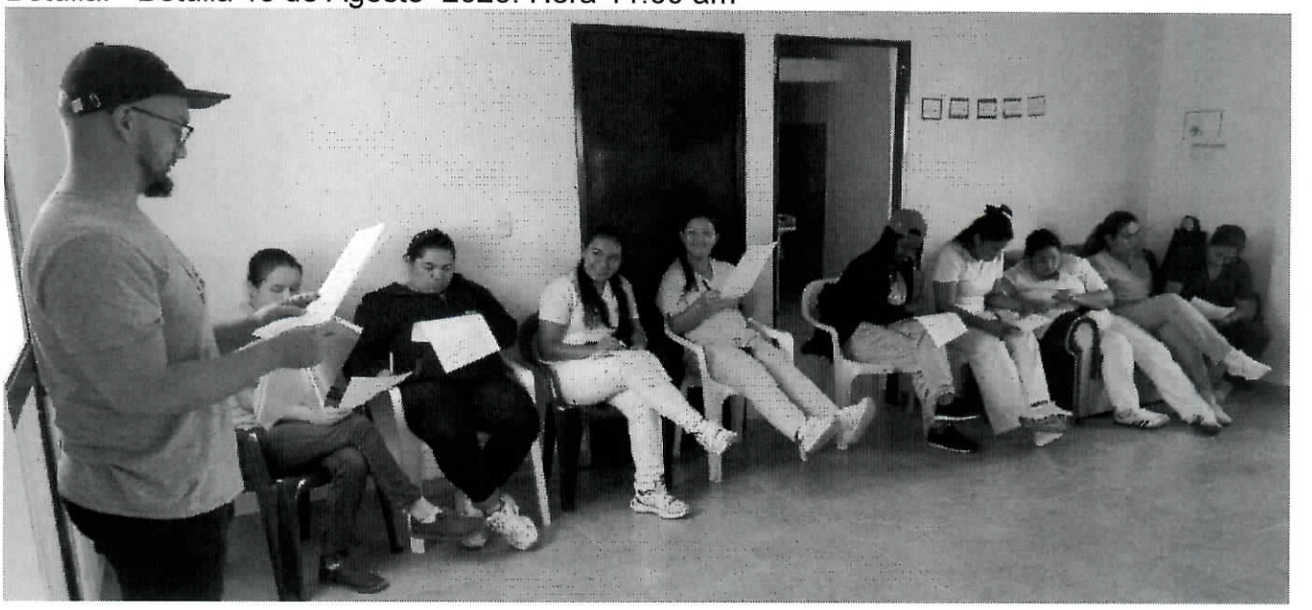
Ciclo 2, Sesión 2 Prevención de la anemia (aumentar el consumo de leguminosas). ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. 12 de agosto 2025. Hora 10:00 am

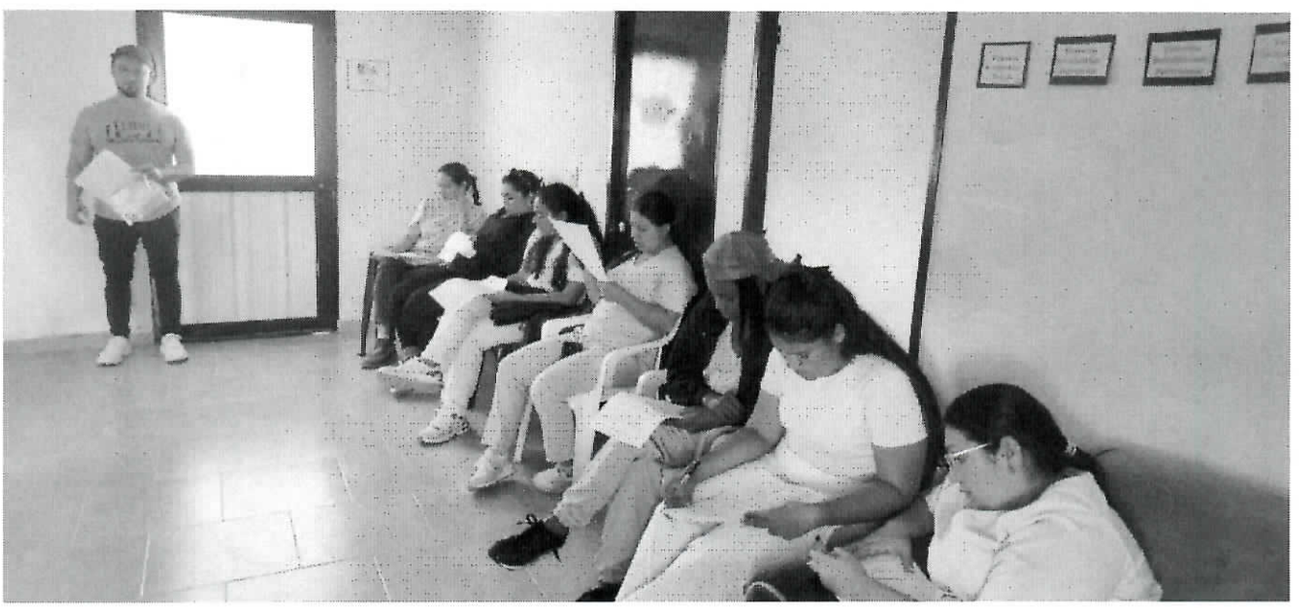


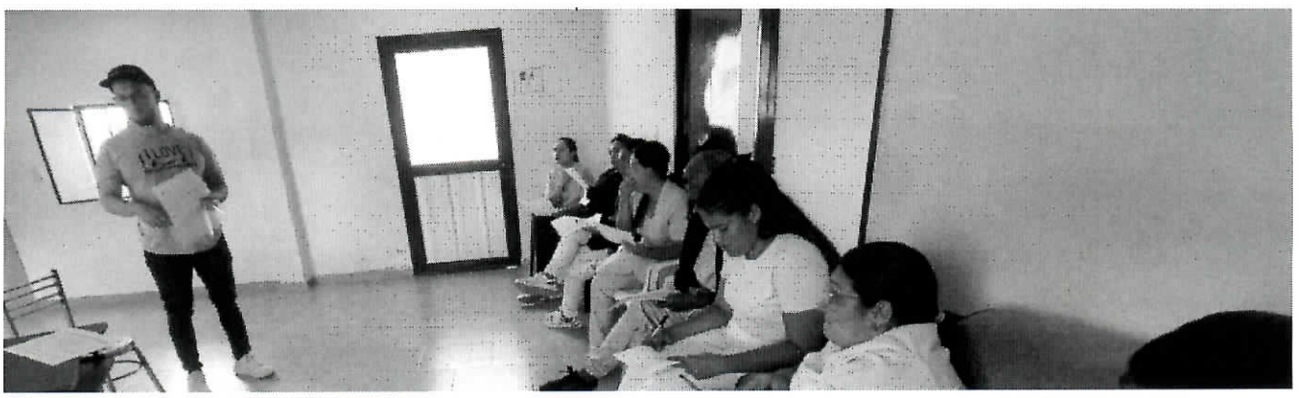




Ciclo 2, Sesión 3. Control de crecimiento y Desarrollo. ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. Betulia 15 de Agosto 2025. Hora 11:00 am

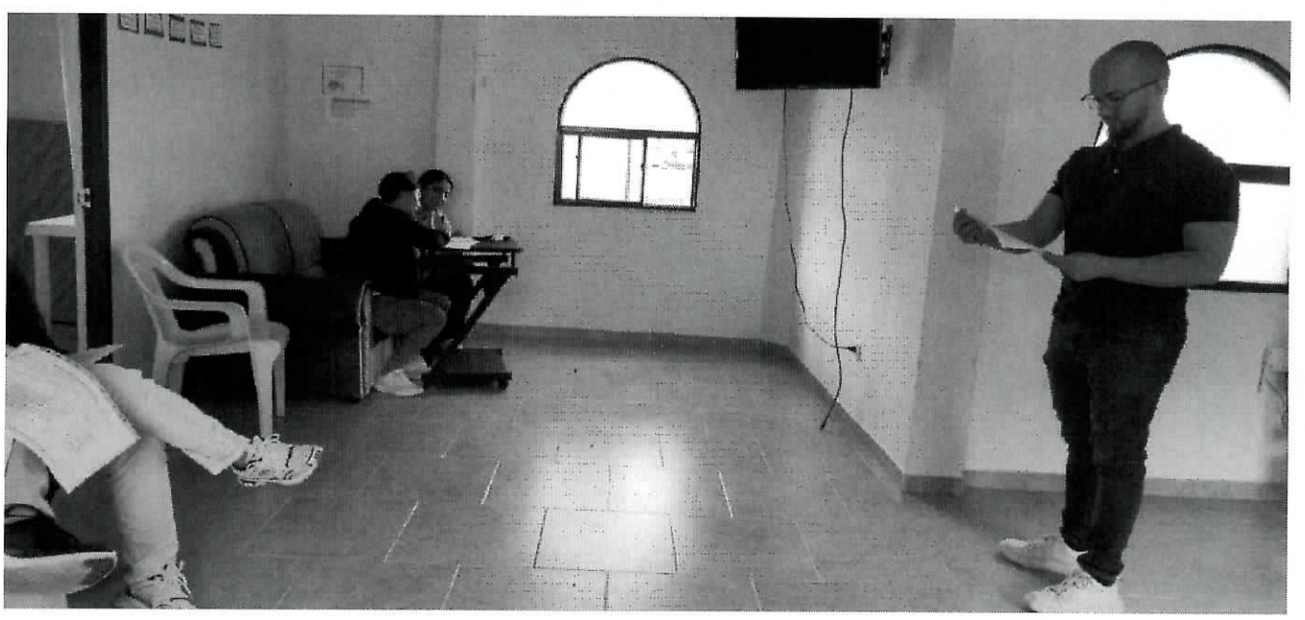


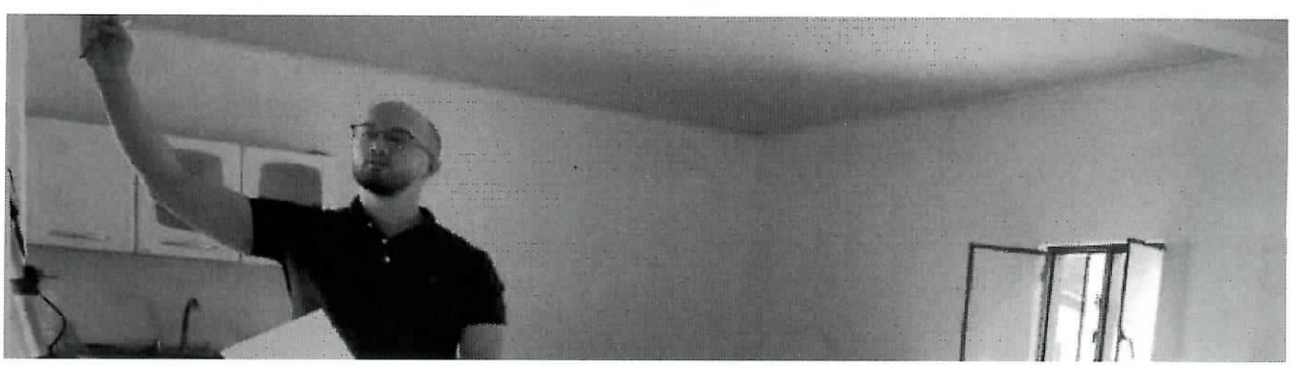




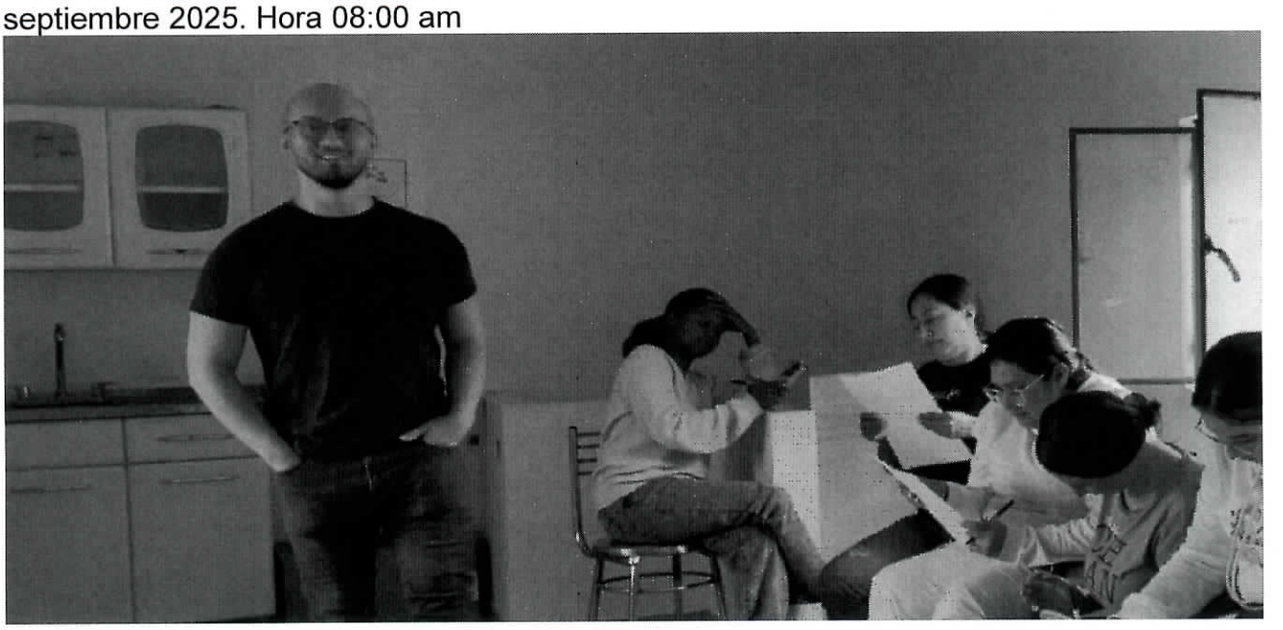
Ciclo 2, Sesión 4. Las vacunas. ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. Betulia 08 de Septiembre 2025. Hora 08:00 am

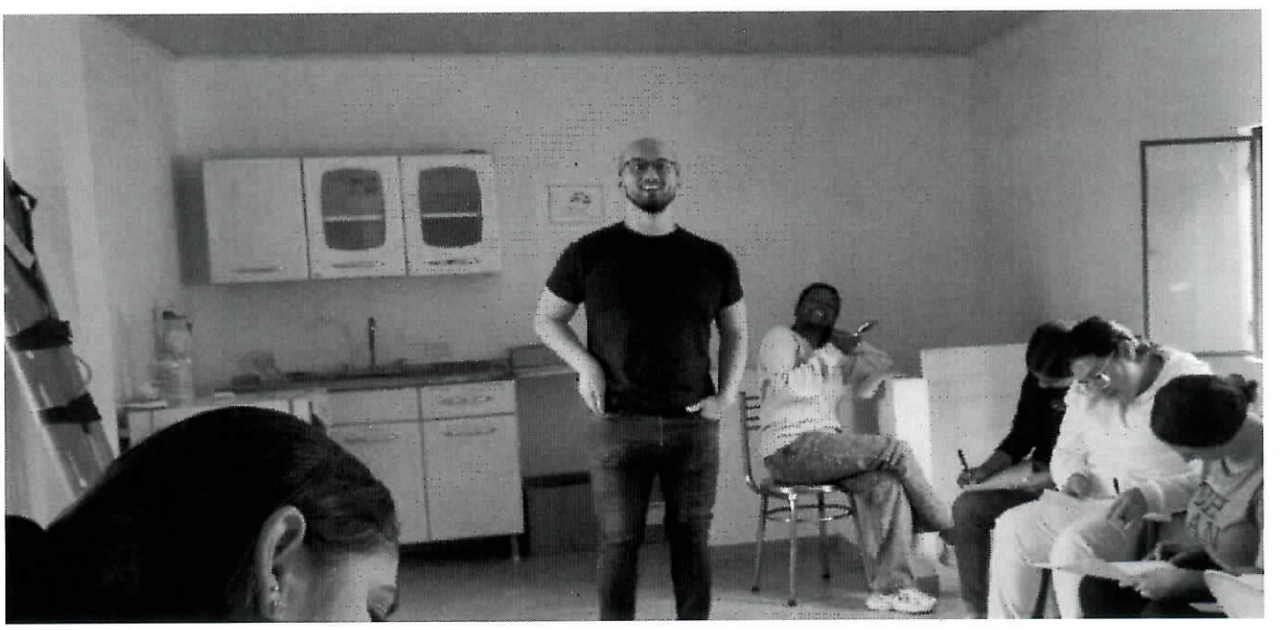


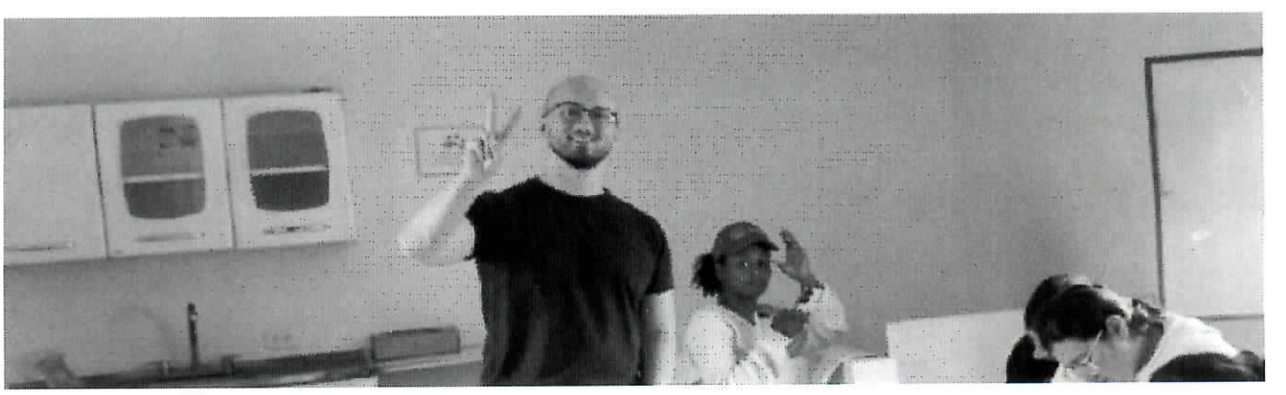




Ciclo 2, Sesión 5. La EDA y la IRA. ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. Betulia 09 de septiembre 2025. Hora 08:00 am







Ciclo 2, Sesión 6. Las Geohelmintiasis 1. ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. Betulia 10 de septiembre 2025. Hora 08:00 am







Ciclo 2, Sesión 7, Las Geohelmintiasis 2. ESE Hospital San Juan de Dios Betulia. Betulia 09 de septiembre 2025. Hora 03:00 pm



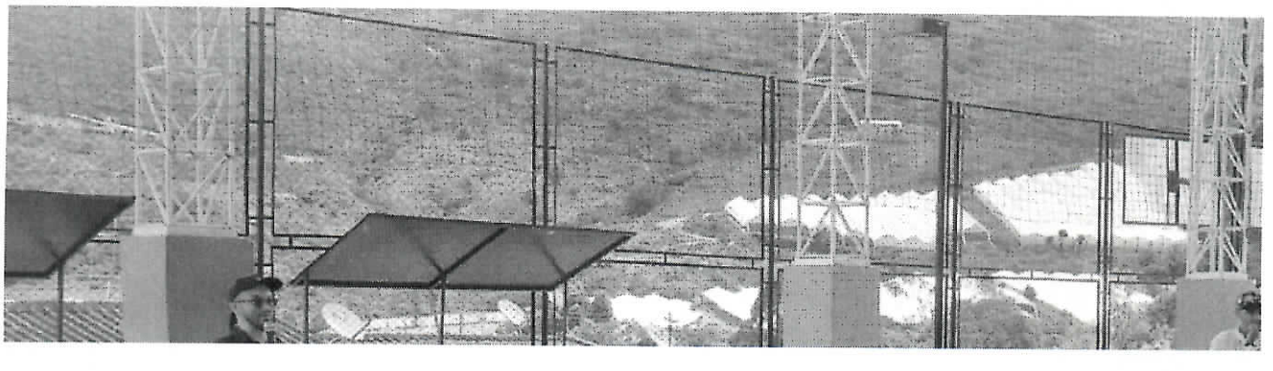




Ciclo 2, Sesión 8, El consumo de Agua. Coliseo Municipio Betulia 09 de septiembre 2025. Hora 03:00 pm



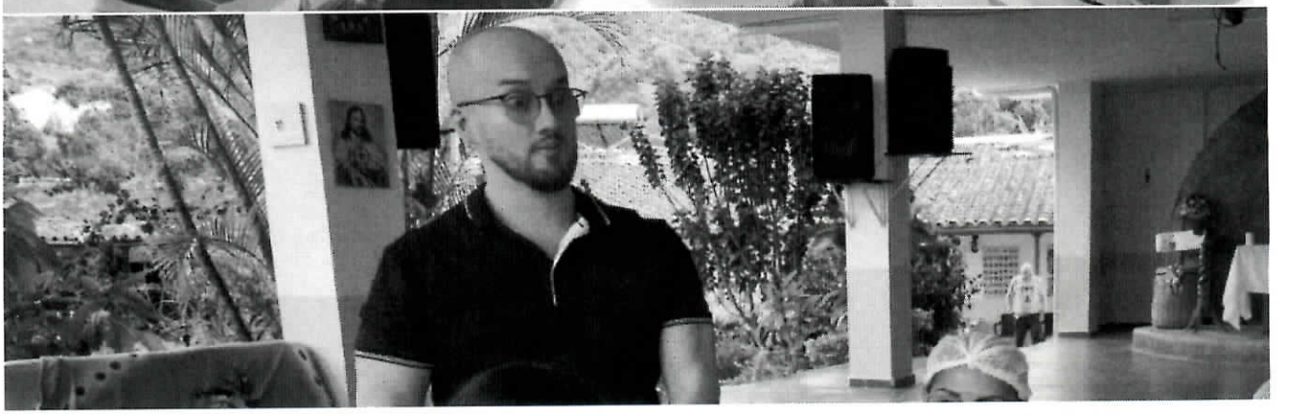




Ciclo 2, Sesión 9 Manipulación de alimentos para prevenir la geohelmintiasis Salón de albergue san Vicente de Paul. Betulia 09 de septiembre 2025. Hora 03:00 pm



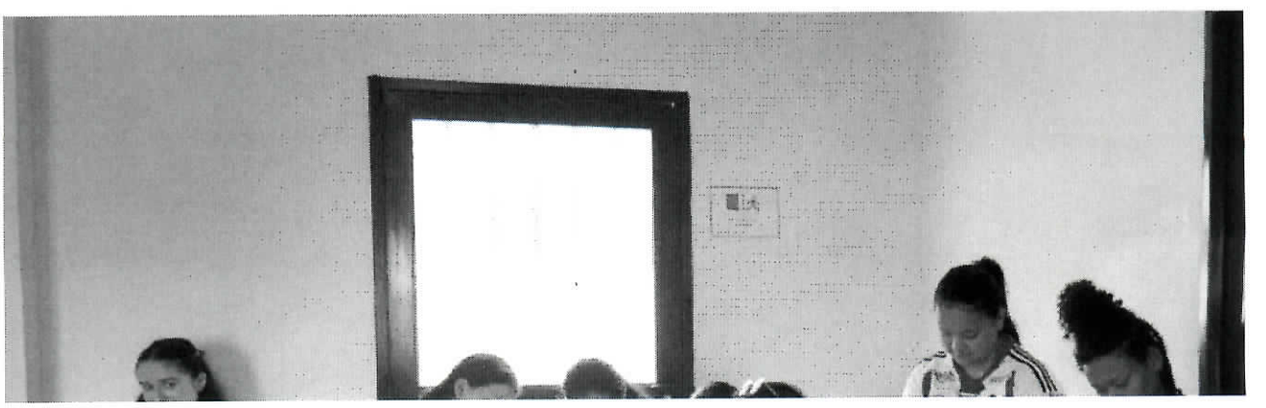




Ciclo 2, Sesión 10. Derechos y deberes en salud. Salón ESE hospital San juan de Dios. Betulia 09 de Octubre 2025. Hora 03:00 pm

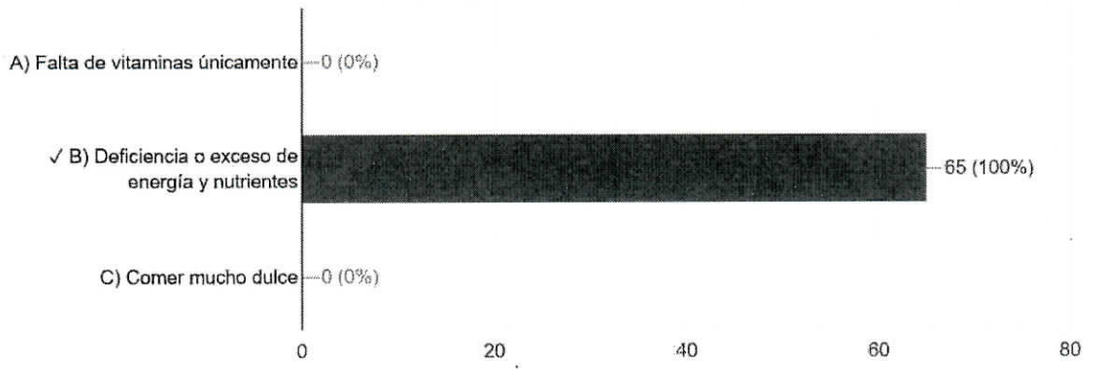




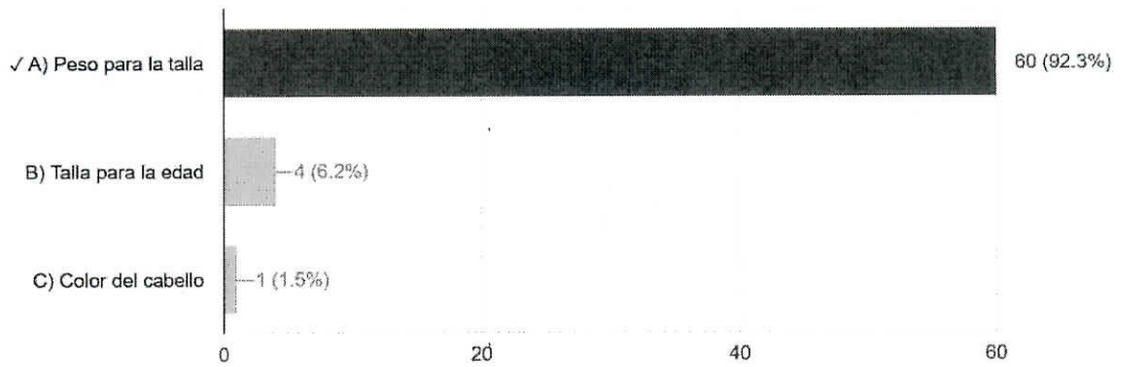


Resultados de Evaluación Inicial:

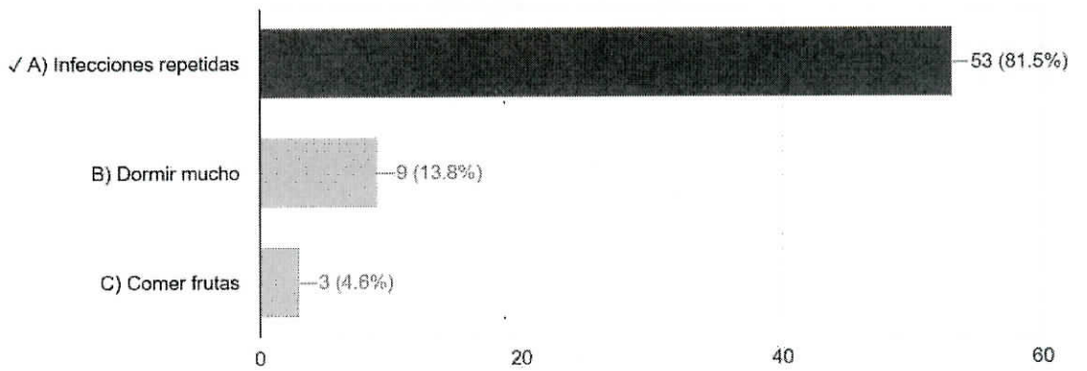
1. ¿Qué es la desnutrición?



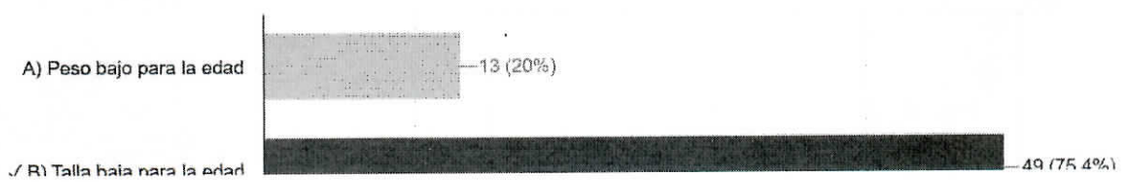
2. ¿Qué indicador se usa para saber si un niño tiene desnutrición aguda?

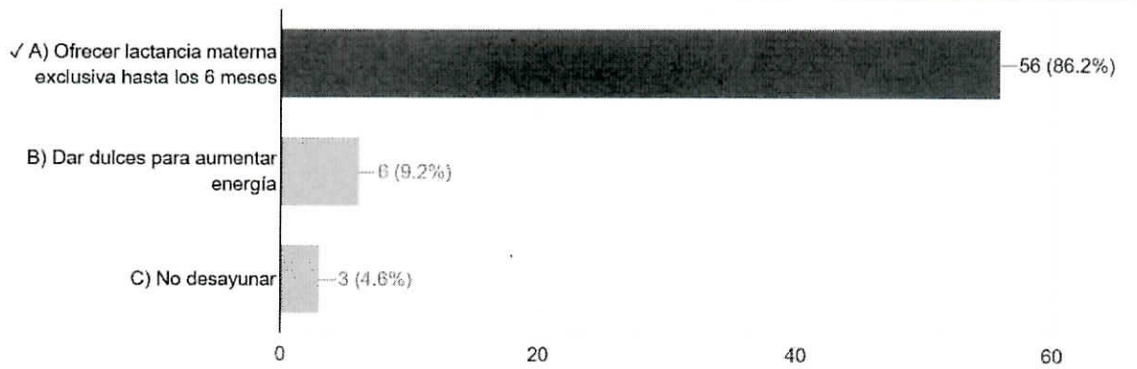


3. ¿Cuál es una causa frecuente de desnutrición en niños?

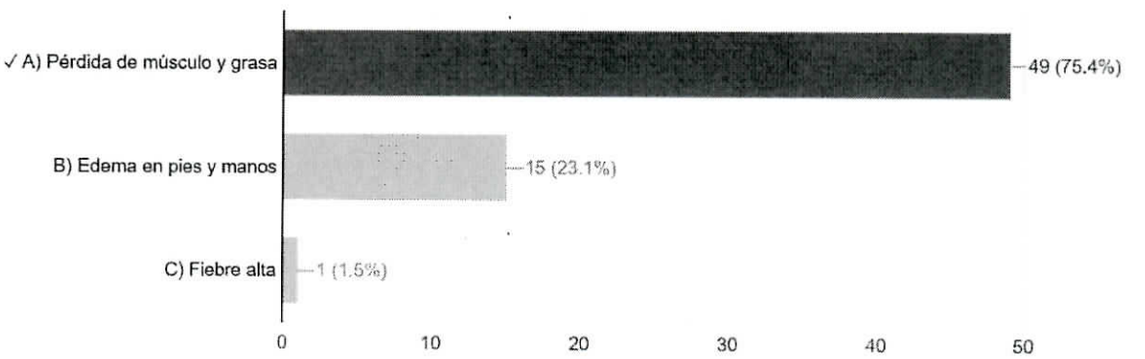


4. La desnutrición crónica se identifica principalmente con:

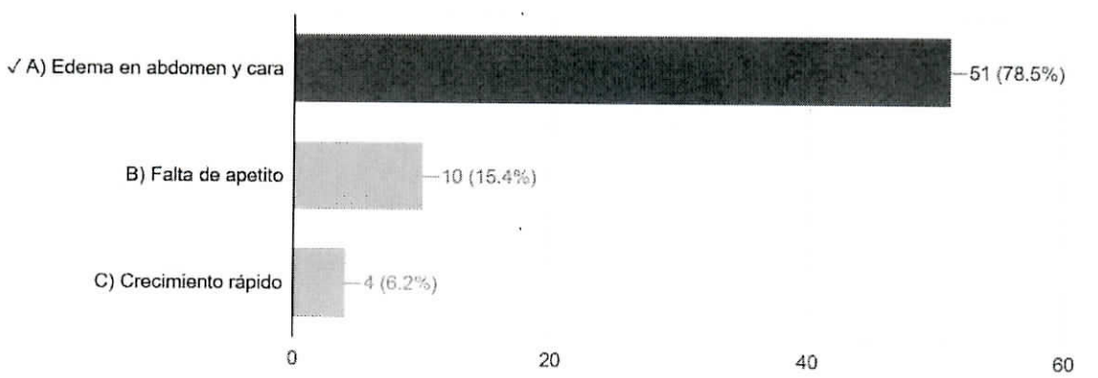




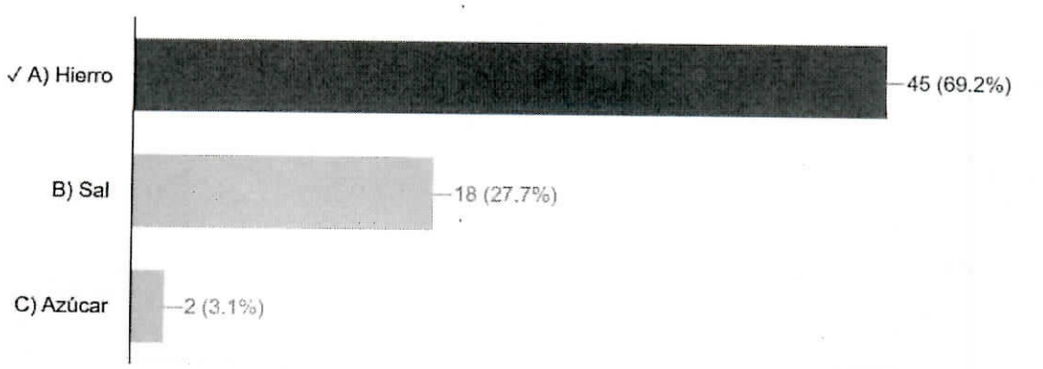
6. El marasmo se caracteriza por:

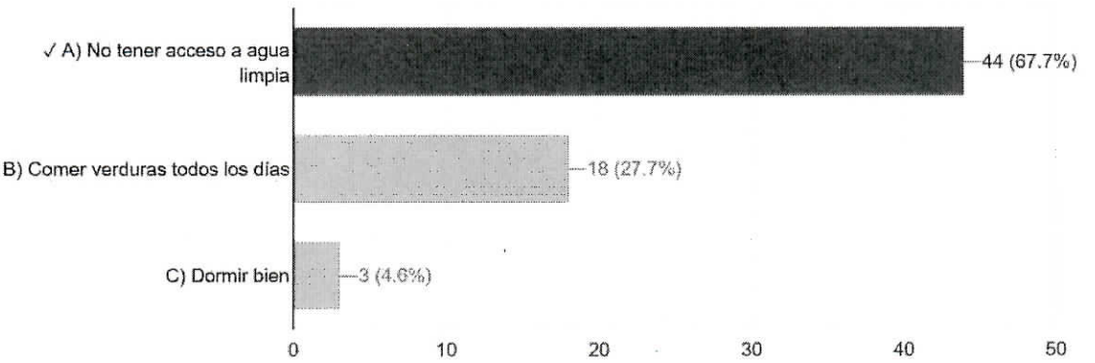


7. El kwashiorkor presenta como signo principal:

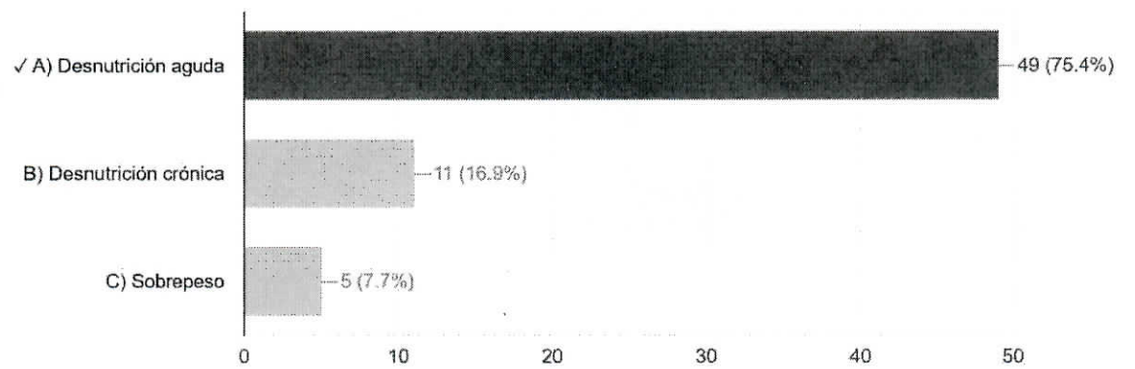


8. Un micronutriente importante para prevenir la desnutrición es:

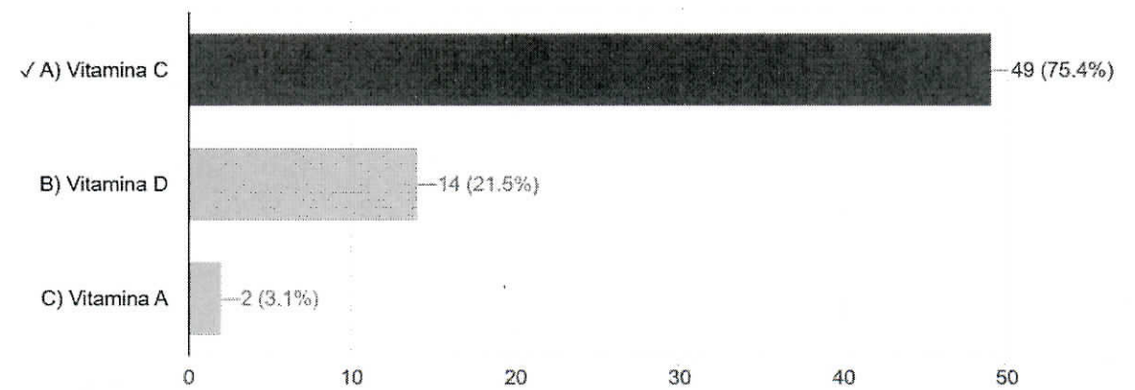




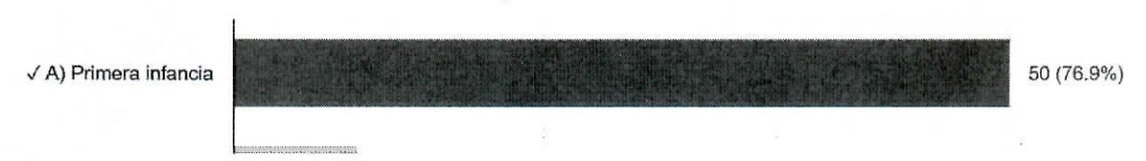
10. El peso para la talla bajo indica:



11. ¿Qué vitamina ayuda a absorber mejor el hierro de los alimentos?

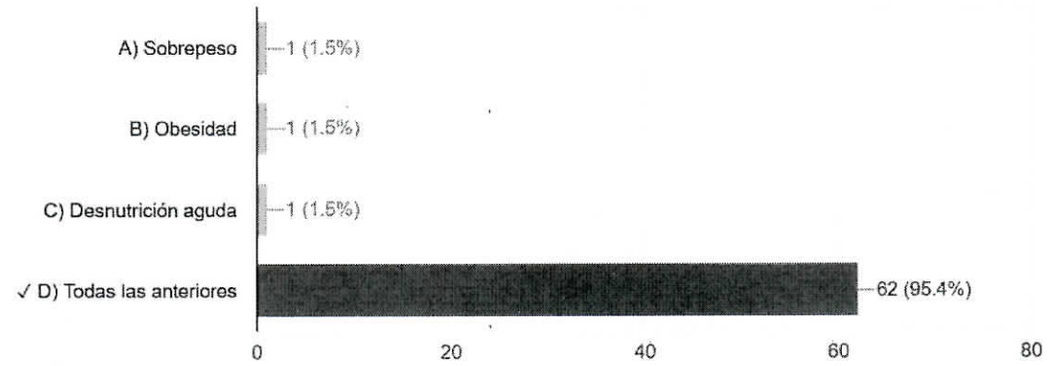


12. ¿En qué etapa de la vida es más importante prevenir la desnutrición para un buen desarrollo?

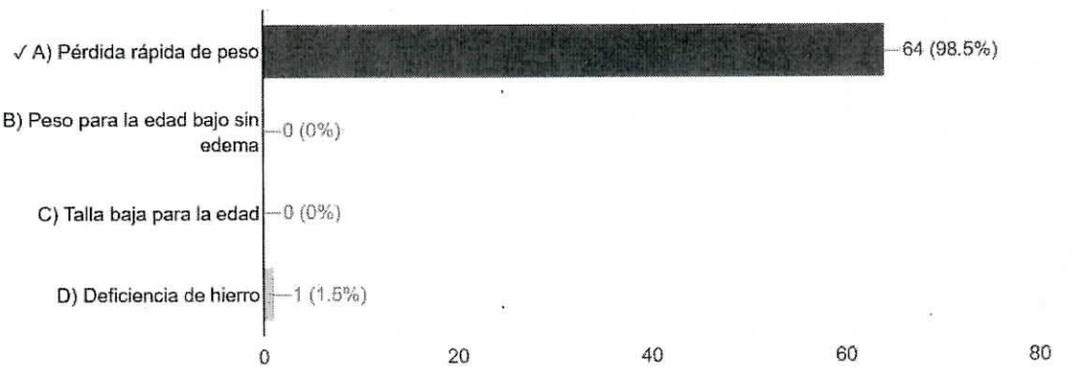


Resultados de Evaluación Final:

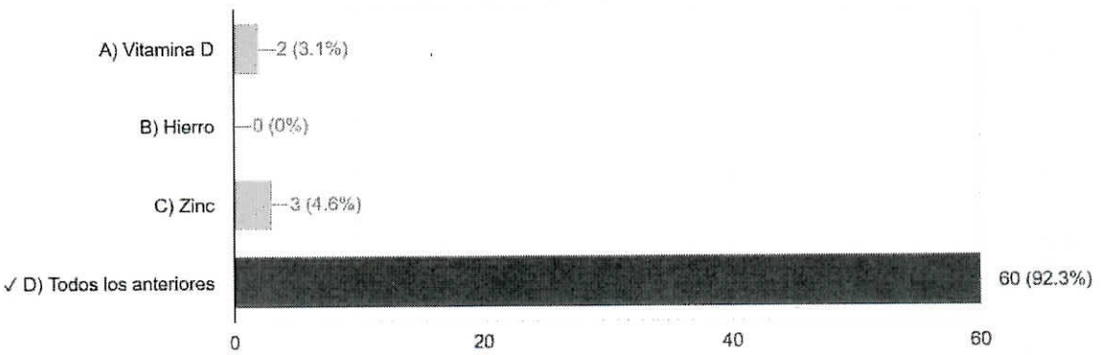
1. ¿Cuál de las siguientes es una forma de desnutrición?



2. La desnutrición aguda moderada en niños se identifica principalmente por:



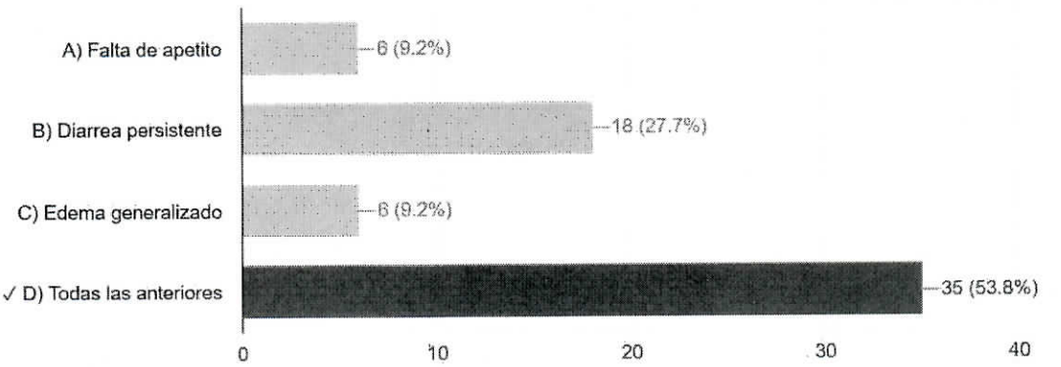
3. ¿Cuál de los siguientes micronutrientes es crítico en la prevención de la desnutrición infantil?



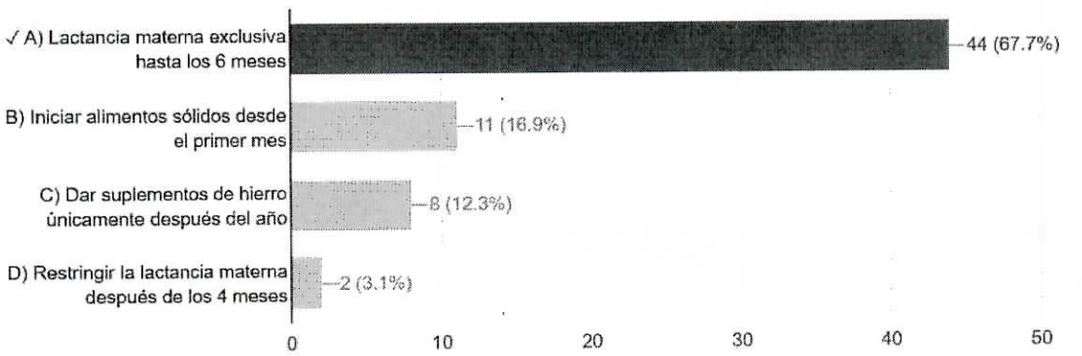
4. El indicador "talla para la edad" se usa principalmente para evaluar:



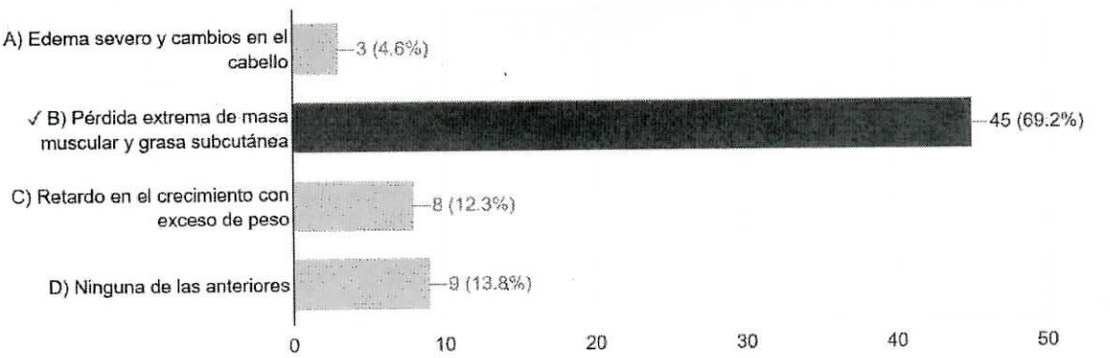
5. Un signo de alarma que indica que un niño con desnutrición necesita atención hospitalaria inmediata es:



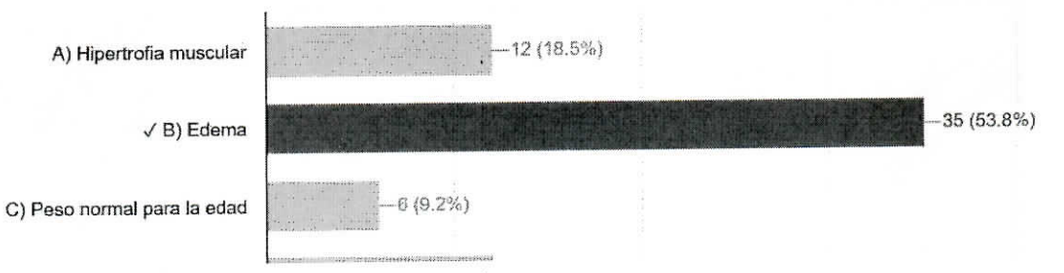
6. ¿Cuál es una estrategia eficaz para prevenir la desnutrición en la primera infancia?

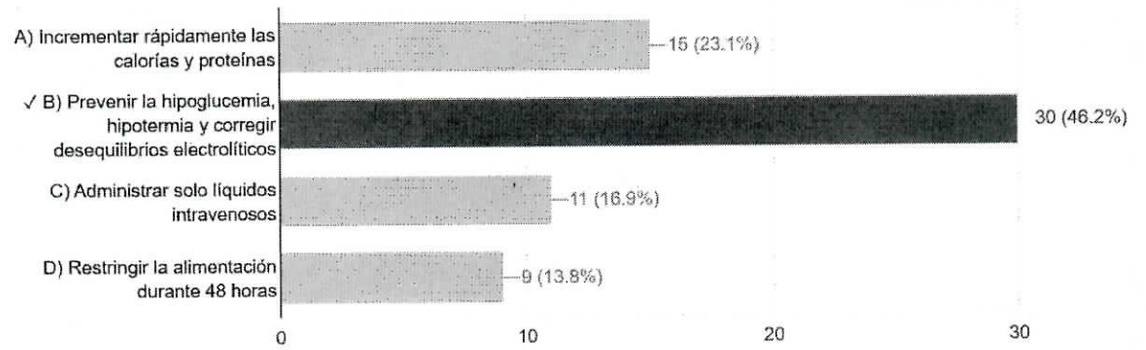


7. El marasmo se caracteriza principalmente por:

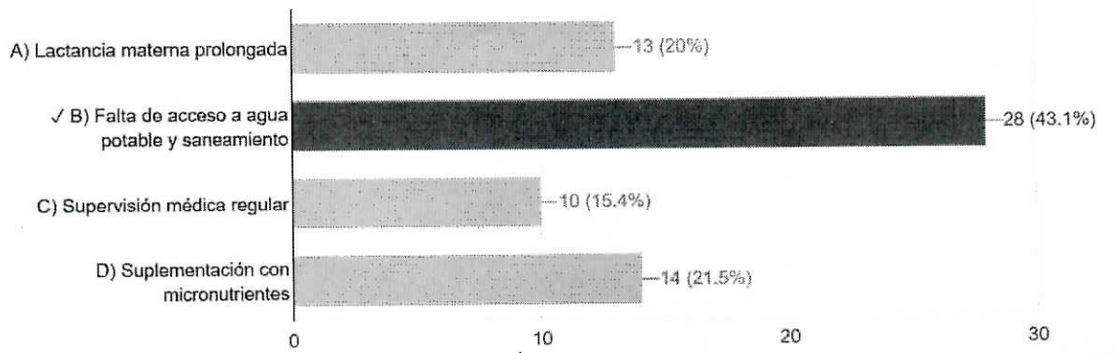


8. El kwashiorkor presenta como signo característico:

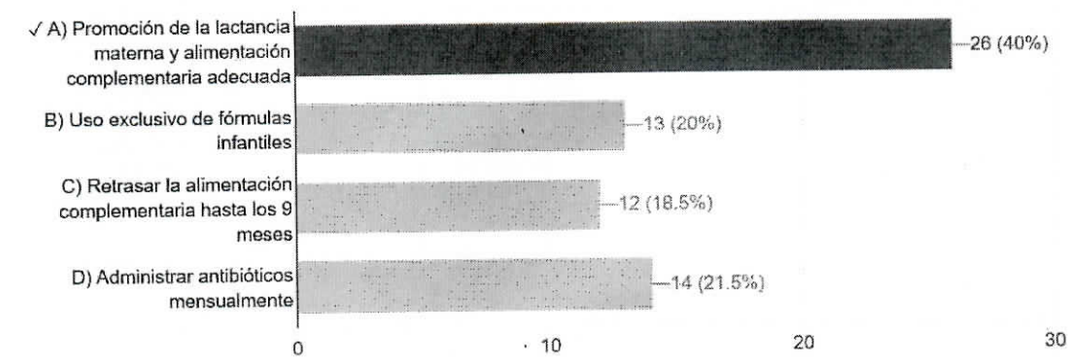




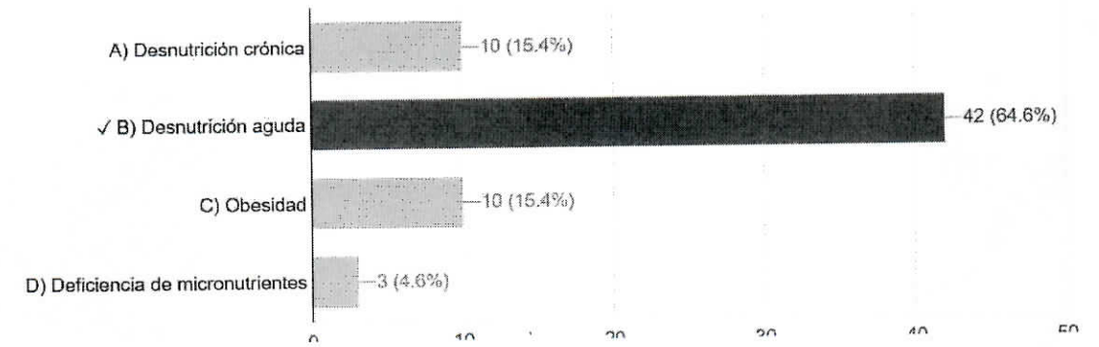
10. ¿Qué factor aumenta el riesgo de desnutrición en niños menores de 5 años?



11. Una intervención clave en comunidades para prevenir la desnutrición infantil es:

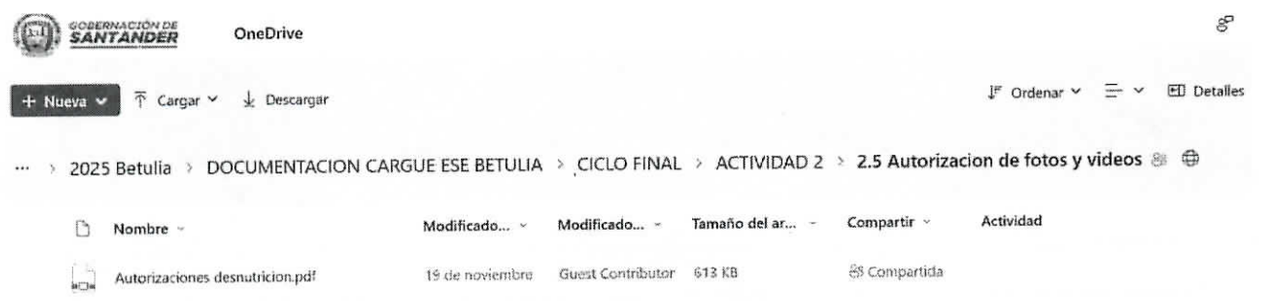


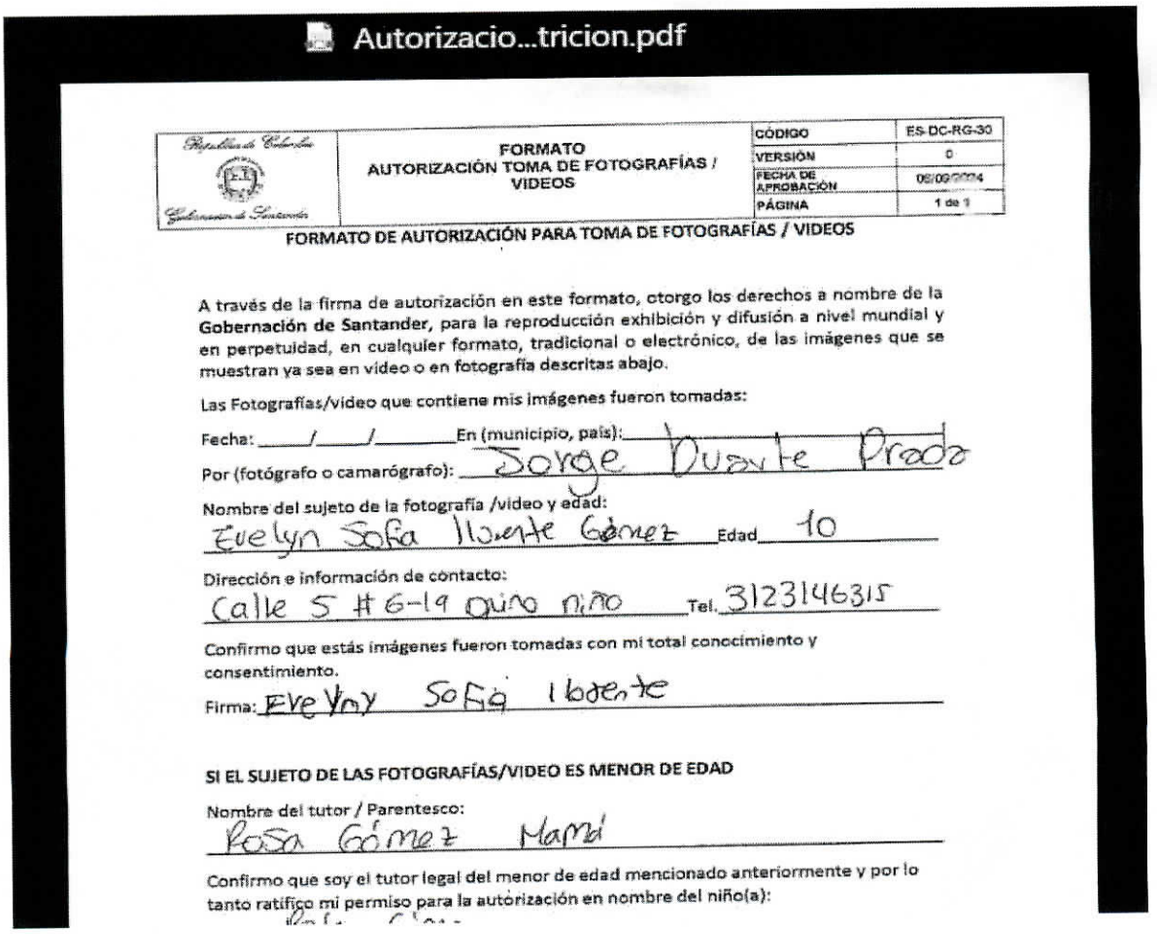
12. El indicador "peso para la talla" permite identificar principalmente:



ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES:
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 secretaria de Salud Departamental.	5. Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (vídeos) y de propiedad intelectual otorgado a la secretaría de salud departamental.

Evidencia de cargue de Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y audiovisuales (vídeos) y de propiedad intelectual otorgado a la secretaría de salud departamental.





República de Colombia Gobernación de Santander	**FORMATO AUTORIZACIÓN TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS**	CÓDIGO	ES-DC-RG-30
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	08/09/2014
		PÁGINA	1 de 1

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

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

Las Fotografías/video que contiene mis imágenes fueron tomadas:

Fecha: ___/___/___ En (municipio, país): Jorge Duarte Prada

Por (fotógrafo o camarógrafo): Jorge Duarte Prada

Nombre del sujeto de la fotografía /video y edad:

Evelyn Sofia Ibente Gómez Edad 10

Dirección e información de contacto:

Calle 5 # 6-19 quinto piso Tel. 3123146315

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

Firma: Evelyn Sofia Ibente

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

Nombre del tutor / Parentesco:

Rosa Gómez Mamá

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

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES
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.	6. 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

Con el propósito de garantizar el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud, las personas que asistieron a las sesiones educativas del Plan de Intervenciones Colectivas se canalizaron hacia las rutas de atención integral en salud, de acuerdo con el curso de vida al que correspondían. Para tal fin, se llevó a cabo la identificación y registro de los participantes, así como la medición del número de personas remitidas y efectivamente atendidas en los servicios de salud, asegurando el cumplimiento de los objetivos planteados en el marco del presente contrato.

Personas identificadas en el mes de junio, Julio, agosto, septiembre, octubre:

- El Hijo de Juliana Florez: José Emiliano Castañeda Florez de 3 años Número identificación 1.097.512.365, asistió a control de crecimiento y desarrollo el 17 de junio de 2025. Está pendiente su siguiente control para noviembre 2025.
- La Hija de katerine Alvarez: Evelin Mariana Pérez Álvarez de 5 años Número identificación 1.094.584.495, asistió a control de crecimiento y desarrollo el 05 de julio de 2025. También asistió a cita médica el 30 de septiembre 2025.
- La hija de Stella Plata: Anna Lucia Diaz Plata, de 4 años, Número de Identificación 1.099.874.983, asistió a control de Primera infancia el día 14 de julio de 2025. Está pendiente su siguiente control para noviembre 2025.

Este informe se hizo con ayuda de los equipos básicos de salud del Municipio de Betulia.

ACTIVIDAD:	PRODUCTO Y ENTREGABLES
7. Elaboración de informe Final.	7. A) Documento de informe Final

El presente informe corresponde al 100% de las actividades contradas.

