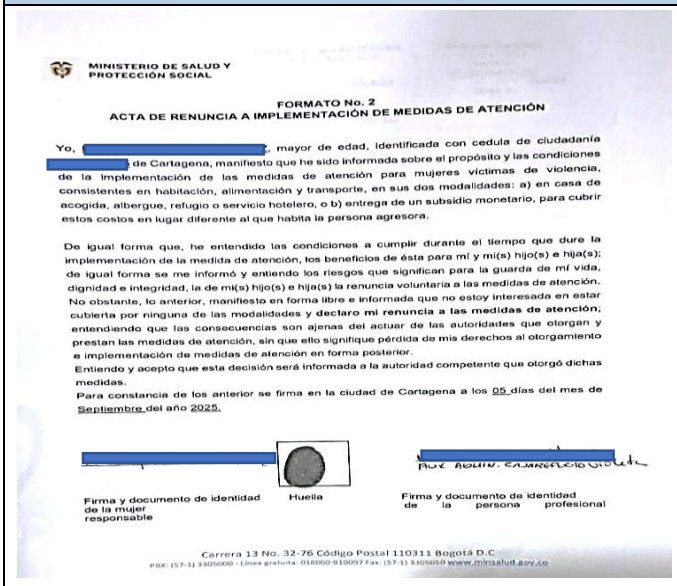
ACTAS DE ENGRESOS

Se anexa relación de egresos, entendiendo que en las actas de egresos reposan los nombres completos, firma e identificación de las mujeres víctimas, los cuales son de reserva por la protección integral de la beneficiaria, estas pueden ser verificadas en las historias de atención.

ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2025-69



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO No. 2
ACTA DE RENUNCIA A IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE ATENCIÓN

Yo, [redacted], mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía [redacted] de Cartagena, manifiesto que he sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

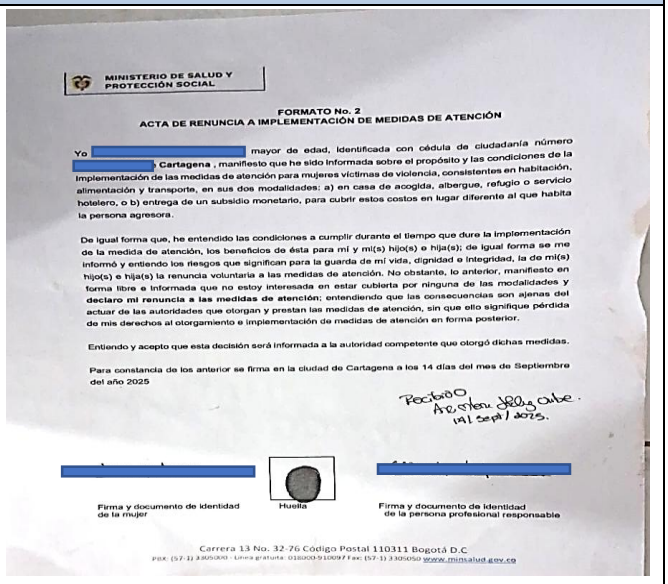
De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades y **declaro mi renuncia a las medidas de atención**; entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 05 días del mes de Septiembre del año 2025.

[redacted] Huella [redacted]

Firma y documento de identidad de la mujer responsable — Firma y documento de identidad de la persona profesional

Carrera 13 No. 32-76 Código Postal 110311 Bogotá D.C
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co

ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2025- 72



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO No. 2
ACTA DE RENUNCIA A IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE ATENCIÓN

Yo [redacted] mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número [redacted] Cartagena, manifiesto que he sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mi vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades y **declaro mi renuncia a las medidas de atención**; entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.

Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.

Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 14 días del mes de Septiembre del año 2025

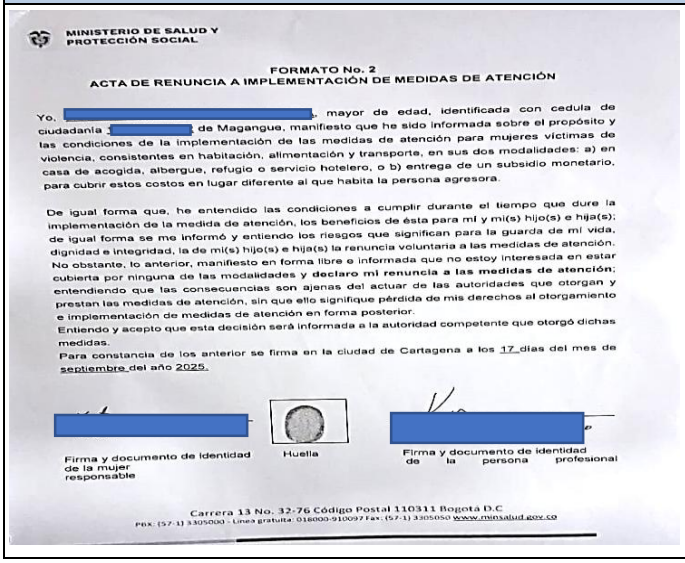
Recibido Apoderada 19/ Sept/ 2025.

[redacted] Huella [redacted]

Firma y documento de identidad de la mujer — Firma y documento de identidad de la persona profesional responsable

Carrera 13 No. 32-76 Código Postal 110311 Bogotá D.C
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co

ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2025-70



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO No. 2
ACTA DE RENUNCIA A IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE ATENCIÓN

Yo, [redacted], mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía [redacted] de Magangue, manifiesto que he sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

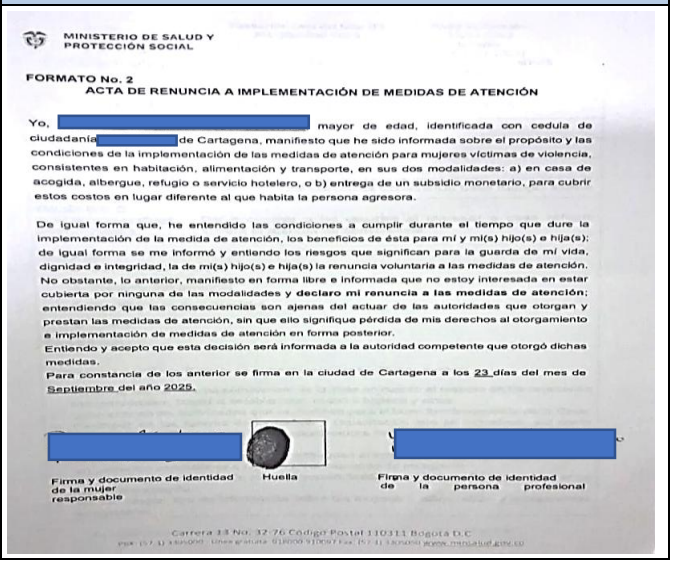
De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades y **declaro mi renuncia a las medidas de atención**; entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 17 días del mes de septiembre del año 2025.

[redacted] Huella [redacted]

Firma y documento de identidad de la mujer responsable — Firma y documento de identidad de la persona profesional

Carrera 13 No. 32-76 Código Postal 110311 Bogotá D.C
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co

ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2025-56



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO No. 2
ACTA DE RENUNCIA A IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE ATENCIÓN

Yo, [redacted] mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía [redacted] de Cartagena, manifiesto que he sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

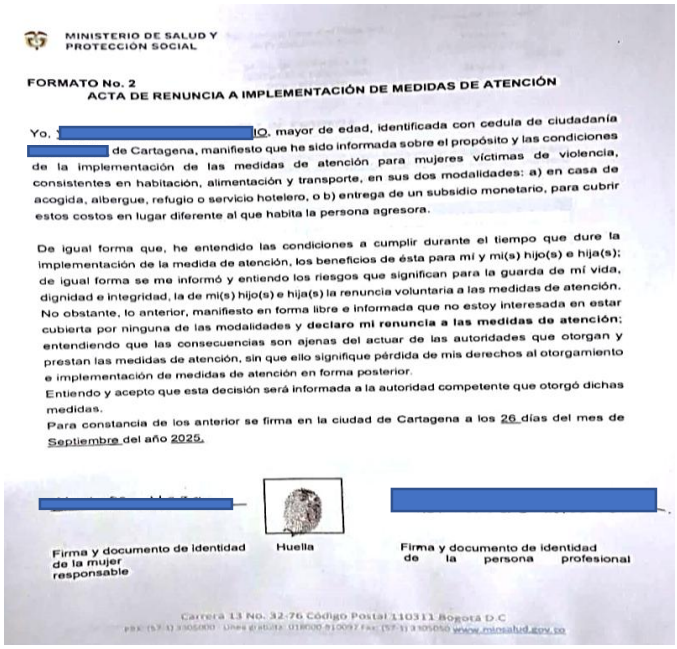
De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades y **declaro mi renuncia a las medidas de atención**; entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 23 días del mes de Septiembre del año 2025.

[redacted] Huella [redacted]

Firma y documento de identidad de la mujer responsable — Firma y documento de identidad de la persona profesional

Carrera 13 No. 32-76 Código Postal 110311 Bogotá D.C

DOTACION PERSONAL EXPEDIENTE Nº CRV2025- 73



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO No. 2
ACTA DE RENUNCIA A IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE ATENCIÓN

Yo, [redacted]IO, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía [redacted] de Cartagena, manifiesto que he sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

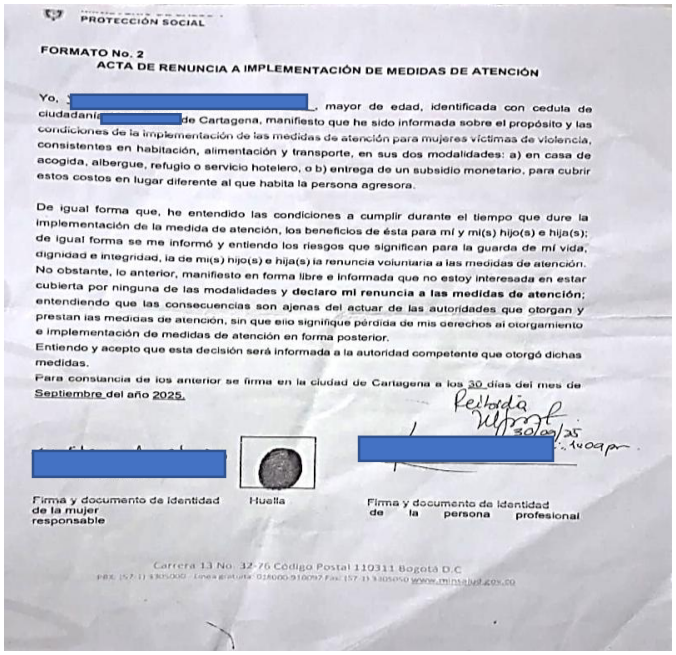
De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(a) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades y **declaro mi renuncia a las medidas de atención**; entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 26 días del mes de Septiembre del año 2025.

[redacted] [redacted]

Firma y documento de identidad de la mujer responsable | Huella | Firma y documento de identidad de la persona profesional

Carrera 13 No. 32-76 Código Postal 110311 Bogotá D.C
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co

DOTACION PERSONAL EXPEDIENTE Nº CRV2025-74



PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO No. 2
ACTA DE RENUNCIA A IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE ATENCIÓN

Yo, [redacted], mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía [redacted] de Cartagena, manifiesto que he sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades y **declaro mi renuncia a las medidas de atención**; entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 30 días del mes de Septiembre del año 2025.

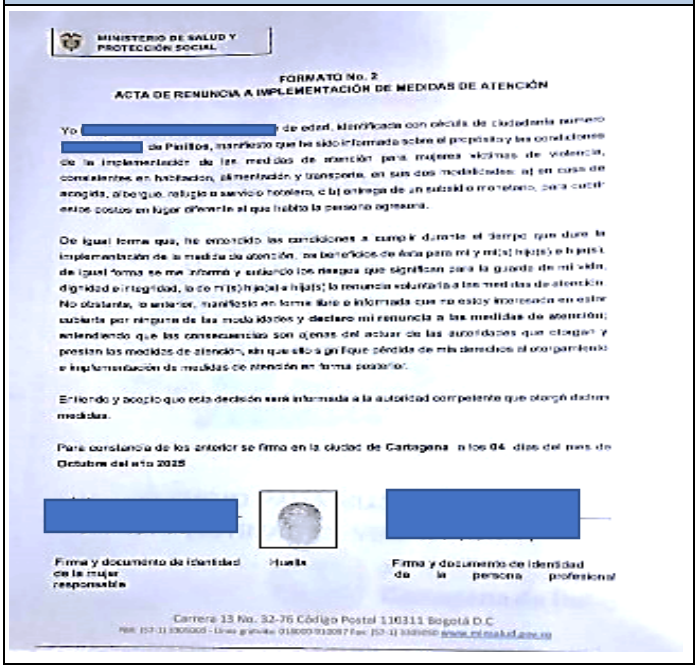
Reforida Mprof 30/09/25 4:09pm

[redacted] [redacted]

Firma y documento de identidad de la mujer responsable | Huella | Firma y documento de identidad de la persona profesional

Carrera 13 No. 32-76 Código Postal 110311 Bogotá D.C
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co

DOTACION PERSONAL EXPEDIENTE Nº CRV2025-75



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO No. 2
ACTA DE RENUNCIA A IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE ATENCIÓN

Yo [redacted] de edad, identificada con cédula de ciudadanía número [redacted] de Pailitos, manifiesto que he sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades y **declaro mi renuncia a las medidas de atención**; entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.

Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.

Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 04 días del mes de Octubre del año 2025

[redacted] [redacted]

Firma y documento de identidad de la mujer responsable | Huella | Firma y documento de identidad de la persona profesional

Carrera 13 No. 32-76 Código Postal 110311 Bogotá D.C
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co