CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 29.433.299 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1073337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CARACTERIZACIÓN

N FICHA 01 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto centro Poblado

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Magdalena Hoyos Muñoz IDENTIFICACIÓN 29.433.249 EDAD 69.

FECHA DE NACIMIENTO 03/04/1956 GENERO Femenino EAPB Asmet salud S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 72.3 TALLA 152 IMC 32.81 PERIMETRO ABDOMINAL 104

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 140/71 FRECUENCIA CARDIACA 98. SATURACION DE OXIGENO 95 TEMPERATURA 37.3

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO _____ ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: No Presenta dificultad.

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Mercedes Cuellar CC 26.491.894 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CARACTERIZACIÓN

N FICHA 100 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Haito centro.

N TELEFONICO 313313 52411 VACUNADO COVID-19 SI X. NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Mercedes Cuellar Arteaga IDENTIFICACIÓN 26.491.804 EDAD 70 Años

FECHA DE NACIMIENTO 24-09-1955 GENERO femenino EAPB Nueva EPS S X. C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X.

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 79 TALLA 152 IMC 30.1. PERIMETRO ABDOMINAL 98.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 110/80 FRECUENCIA CARDIACA 68 SATURACION DE OXIGENO 98 TEMPERATURA 37.1.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/80 AO 20/40 ALTERACION: Miopia, tergio.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin alteracion Auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

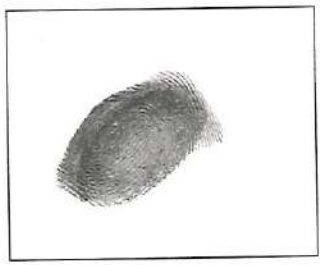
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE VO firma CC 26.579.873 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 99 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN San francisco

N TELEFONICO No tiene VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Aura Mery Ramos Parra IDENTIFICACIÓN 26.579.873 EDAD 84.

FECHA DE NACIMIENTO 27-07-1941 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI X NO _____

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X. OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 76 TALLA 1.57 IMC 30.8 PERIMETRO ABDOMINAL 101

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 147/79 FRECUENCIA CARDIACA 92 SATURACION DE OXIGENO 88 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/70 ALTERACION: MIOPIA

AGUDEZA AUDITIVA: con dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Olilia Barrera CC 26.579.903 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1073371356 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 98 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Manto sector 4.

N TELEFONICO No tiene VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Otilia Barrera de vargas IDENTIFICACIÓN 26.579.903 EDAD 82.

FECHA DE NACIMIENTO 06-01-1943 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S Y C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 50.7 TALLA 1.43 IMC 24 kg/m PERIMETRO ABDOMINAL 95

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 138/77 FRECUENCIA CARDIACA 78 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/30 AO 20/15 ALTERACION: Miopia

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No Firma CC 12.252.054 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 97 FECHA 07 - 11 - 2025 DIRECCIÓN Hato centro.

N TELEFONICO 313133 5241 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Hermogenes Silva Rivera IDENTIFICACIÓN 12 252 084 EDAD 81

FECHA DE NACIMIENTO 06-oct-1944 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S Y. C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X.

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 75.1 TALLA 1.67 IMC 32 PERIMETRO ABDOMINAL 105

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 125/67 FRECUENCIA CARDIACA 80 SATURACION DE OXIGENO 96 TEMPERATURA 36.8

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO 20/70 ALTERACION: Astigmatismo.

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

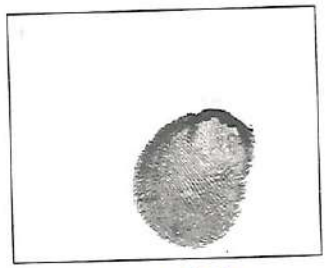
5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No Firma CC_____ HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC_____ N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 96 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Parto

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Abelino Lascada Cabrera IDENTIFICACIÓN _____ EDAD 84 Años

FECHA DE NACIMIENTO _____ GENERO _____ EAPB _____ S _____ C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA X MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 49 TALLA 1.48 IMC 22.3 Adec PERIMETRO ABDOMINAL 89.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 194/82 FRECUENCIA CARDIACA 54 SATURACION DE OXIGENO 68 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/80 AO 20/80 ALTERACION: Astigmatismo, miopia, tengio

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva,

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Margot Noriega CC 2.525.284 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1003337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 94 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Barrio San Francisco

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI _____ NO X PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Miguel Angel Noriega Rojas IDENTIFICACIÓN 2525284 EDAD 88

FECHA DE NACIMIENTO 29-09-1936 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 70 TALLA 153 IMC 29.9 Sobrepeso PERIMETRO ABDOMINAL 110

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/60 FRECUENCIA CARDIACA 78 SATURACION DE OXIGENO 93 TEMPERATURA 37-2.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/40 AO 20/50 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva

PB 32
PT 88

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 95 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Yuto.

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI _____ NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Pedro Nabor Reyes Palecho IDENTIFICACIÓN 1.660.214 EDAD 88

FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1938 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 54.8 TALLA 152.5 IMC _____ PERIMETRO ABDOMINAL 94

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 125/80 FRECUENCIA CARDIACA 95 SATURACION DE OXIGENO 97 TEMPERATURA 37.6

AGUDEZA VISUAL: OD 20/160 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: HIPO, astigmatismo, tenso.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Pedro Nabor Ruge C.C. 1.660.214. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE: No firma CC 4.941.128 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337135 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 93 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Mano centro Poblado

N TELEFONICO 100 tiene VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Medardo Mendez Barrera IDENTIFICACIÓN 4.941.128 EDAD 78

FECHA DE NACIMIENTO 26-04-1947. GENERO Masculino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 74.0L TALLA 1.70 IMC 24.8 PERIMETRO ABDOMINAL 90

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/80 FRECUENCIA CARDIACA 70 SATURACION DE OXIGENO 95 TEMPERATURA 37.2

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/40 AO 20/40 ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 36 291. 234. HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 100 7337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 92 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Manto

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS María Hortencia Botina Morales IDENTIFICACIÓN 36.291.234 EDAD 82.

FECHA DE NACIMIENTO 01-02-1943 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 48.5 TALLA 149. IMC 19.4 kg/m PERIMETRO ABDOMINAL 79.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 124/80 FRECUENCIA CARDIACA 66 SATURACION DE OXIGENO 96 TEMPERATURA 37.2.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/40 AO 20/50. ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Dificultad auditiva

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26-580 065 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 91 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Hato

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Maria del carmen Palencia IDENTIFICACIÓN 26.580.065 EDAD 77

FECHA DE NACIMIENTO 23-11-1948 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 63.3 TALLA 160. IMC 24.5 PERIMETRO ABDOMINAL 90

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 132/80 FRECUENCIA CARDIACA 80. SATURACION DE OXIGENO 96. TEMPERATURA 37.2.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/40 AO 20/50. ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Alteracion Auditiva.

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejc de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Margarita Alvarez CC 26579360 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 90 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN B/ centro

N TELEFONICO 3137761434 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS margarita alvarez IDENTIFICACIÓN 26579936 EDAD 79

FECHA DE NACIMIENTO 23-06-1946 GENERO femenino EAPB Saludtas S _____ C X

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 67.1 TALLA 149 IMC _____ PERIMETRO ABDOMINAL 96

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 143/81 FRECUENCIA CARDIACA 84 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 73.2

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/50 AO _____ ALTERACION: Astigmatismo - miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: no presenta dificultad.

5.25
P=37

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Rosa Vel Perdomo CC 4.941.315 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1094337135 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 89 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN San Francisco - Alto

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Roseval Perdomo Ramos IDENTIFICACIÓN 4.941.315 EDAD 64 Años

FECHA DE NACIMIENTO 04-11-1961 GENERO Masculino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 72.6 TALLA 163 IMC 27.3 Sobr PERIMETRO ABDOMINAL 90

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 150/90 FRECUENCIA CARDIACA 79 SATURACION DE OXIGENO 88 TEMPERATURA 36.8

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/40 AO 20/60 ALTERACION: Miopia asismatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin alteración Auditiva

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26.579.962. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007937136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 88 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Hoyo centro poblado

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Victorina Ramos Ramos IDENTIFICACIÓN 26.579.962. EDAD 80

FECHA DE NACIMIENTO 05-09-1945 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 55. TALLA 153 IMC 25.9 kg/m² PERIMETRO ABDOMINAL 77.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 125/80. FRECUENCIA CARDIACA 80 SATURACION DE OXIGENO 96 TEMPERATURA 36.2.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO 20/40 ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Alteracion Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Edgar CC 4.940.581 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 87 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Nuevo centro Poblado

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI _____ NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Edgar Bermeo Rojas IDENTIFICACIÓN 4.940.581 EDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO 14-07-1963 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 73 TALLA 162.5 IMC _____ PERIMETRO ABDOMINAL 92

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDIACA 99. SATURACION DE OXIGENO 97. TEMPERATURA 36.2.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/30 OI 20/30 AO 20/4. ALTERACION: Astigmatismo.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Agudeza Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE modesta Bastidas CC 36.294.244 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 86 FECHA 07-11-2025. DIRECCIÓN Manto.

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X. NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Rodesta Bastidas Muñoz IDENTIFICACIÓN 36.294.244 EDAD 65

FECHA DE NACIMIENTO 24-02-1960 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X.

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X. SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 46.3 TALLA 1.44. IMC 30 Km. PERIMETRO ABDOMINAL 80.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 131/80 FRECUENCIA CARDIACA 76 SATURACION DE OXIGENO 96 TEMPERATURA 37.2

AGUDEZA VISUAL: OD 20/4 OI 20/4 AO 20/40 ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Dificultad Aparente

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO Firmó CC 26.580.024. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 85 FECHA 07-11-2020. DIRECCIÓN Mulato. I san francisco

N TELEFONICO 320 236 6491 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Magdalena Bermeo Bermeo IDENTIFICACIÓN 26.580.024. EDAD 65.

FECHA DE NACIMIENTO 17-04-1960. GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO _____

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 55.01 TALLA 1.53. IMC 30.24. PERIMETRO ABDOMINAL 86.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 132/80 FRECUENCIA CARDIACA 84 SATURACION DE OXIGENO 87. TEMPERATURA 93.2.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/50 AO 20/30. ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: sin agudeza auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO firma CC 18.503.426 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 84 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Manto

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Juan fernando Manrique. IDENTIFICACIÓN 16.503.426 EDAD 64

FECHA DE NACIMIENTO 28-08-1961 GENERO Masculino EAPB Nueva eps. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO _____

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 74. TALLA 170 IMC 32 K. PERIMETRO ABDOMINAL 95

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/80 FRECUENCIA CARDIACA 78 SATURACION DE OXIGENO 90 TEMPERATURA 38.2

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/30 AO 20/50 ALTERACION: Astigmatismo - Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26.579.778 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 83. FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Haito

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS 1.

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Josefina Parra de Herrera IDENTIFICACIÓN 26579.778. EDAD 89.

FECHA DE NACIMIENTO 17-02-1936 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 50.4. TALLA 1.44. IMC 32 kg. PERIMETRO ABDOMINAL 100.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/80 FRECUENCIA CARDIACA 79. SATURACION DE OXIGENO 93 TEMPERATURA 37.7.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Alteracion Auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 4.941 777. HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 82 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Mapto. San Francisco

N TELEFONICO 3122613905. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Jose Lizardo Chavarro R IDENTIFICACIÓN 4.941.777 EDAD 73

FECHA DE NACIMIENTO 10-05-1943 GENERO Masculino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 68.3 TALLA 161 IMC 26.3 Sobre PERIMETRO ABDOMINAL 104

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/60 FRECUENCIA CARDIACA 73 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 36.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: Miopia, fertil

AGUDEZA AUDITIVA: Sin alteración auditiva

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 4.939.715 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1006337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 01. FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Alto Centro

N TELEFONICO 3125050943 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Jaime alvarez chavarro IDENTIFICACIÓN 4.939.715 EDAD 81

FECHA DE NACIMIENTO 28-04-1944 GENERO Masculino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 65.4 TALLA 164 IMC 24.3 PN PERIMETRO ABDOMINAL 94

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 131/65 FRECUENCIA CARDIACA 74 SATURACION DE OXIGENO 89 TEMPERATURA 37.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/60 AO 20/60 ALTERACION: Miopia

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26.579.945 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 80 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Maíto

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Irma Bermeo de Rojas IDENTIFICACIÓN 26.579945 EDAD 75

FECHA DE NACIMIENTO 04-11-1950 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 60.3 TALLA 1.59 IMC 22.4 PERIMETRO ABDOMINAL 94

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 124/80 FRECUENCIA CARDIACA 86 SATURACION DE OXIGENO 90 TEMPERATURA 380

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/50 AO 20/80 ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Alteracion Auditivo.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revócar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Nelson del Perdomo CC 26.580.074. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 79 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Centro 3

N TELEFONICO 3138494505 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Clandy Perdomo Manjarrez IDENTIFICACIÓN 26580074 EDAD 61

FECHA DE NACIMIENTO 3-Junio GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 67.3 TALLA 153. IMC 28.7 Sobre PERIMETRO ABDOMINAL 91

SIGNOS VITALES

PO32
P=36

TENSION ARTERIAL 130/60 FRECUENCIA CARDIACA 89 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/60 AO 20/60 ALTERACION: Sin ninguna Alteración

AGUDEZA AUDITIVA: Sin ninguna Alteración

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26.571.688 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1067337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 78. FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Maito. Centro.

N TELEFONICO 313 260 9813. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Gertrudis Barrera de Vargas IDENTIFICACIÓN 26.579.688 EDAD 90.

FECHA DE NACIMIENTO 08-05-1935 GENERO Femenino. EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X. NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X. OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 54.05. TALLA 1.52. IMC 24.6 Kg/m² PERIMETRO ABDOMINAL 90.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDIACA 85 SATURACION DE OXIGENO 88 TEMPERATURA 35.6.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/80 AO 20/70 ALTERACION: Astigmatismo - Miopía

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE: Gloria Ida CC 26.580.010 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 77. FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Sector 4.

N TELEFONICO No tiene. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Florinda Calderon d. rayos IDENTIFICACIÓN 26580 010 EDAD 72.

FECHA DE NACIMIENTO 26-04-1953 GENERO Femenino. EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 57.4 TALLA 151 IMC 25 kg/m² P.N PERIMETRO ABDOMINAL 85

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 115/70 FRECUENCIA CARDIACA 71 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 36,5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/70 AO 20/30 ALTERACION: Astigmatismo. y Miopia, Texto.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva.

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Flavio Andres CC 14248577 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 76 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Hernán Colorado

N TELEFONICO 3303002063 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Fabio Hender Barrera IDENTIFICACIÓN 14248527 EDAD 64 Años

FECHA DE NACIMIENTO 16/12/1961 GENERO Masculino EAPB Nueva Eps S _____ C X

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 82.7 TALLA 1.60 IMC 32.3 Obes PERIMETRO ABDOMINAL 109

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 141/106 FRECUENCIA CARDIACA 89 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 36.7

AGUDEZA VISUAL: OD 20/30 OI 20/40 AO 20/40 ALTERACION: Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

PB 31
PT 92

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ 26579813 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 75 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Centro

N TELEFONICO 314357540 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Encarnación Barrera IDENTIFICACIÓN 26579813 EDAD 95

FECHA DE NACIMIENTO 18-04-1930 GENERO femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 45,4 TALLA 1,48 IMC 20,7 P.N. PERIMETRO ABDOMINAL 70 cm.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 150/74 FRECUENCIA CARDIACA 102 SATURACION DE OXIGENO 90 TEMPERATURA 36,5

AGUDEZA VISUAL: **OD** 20/60 **OI** 20/40 **AO** 20/70 ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

P.P: 31
PB: 21

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 1.660-598 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1067837136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 74 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Manto -

N TELEFONICO 3139226723 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Emigdio Meneses Alvarez IDENTIFICACIÓN 1.660.598 EDAD 89

FECHA DE NACIMIENTO 10-09-1936 GENERO Masculino EAPB Nueva Eps Subs S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI X NO _____

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 55 TALLA 164 IMC 20.4 Peso N PERIMETRO ABDOMINAL 70

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 116/100 FRECUENCIA CARDIACA 72 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: Miopía

AGUDEZA AUDITIVA: No presenta

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26.493.640 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 73. FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Mallo

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI _____ NO X PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Dilfia Maria Scarpeta Scarpeta IDENTIFICACIÓN 26493640 EDAD 68

FECHA DE NACIMIENTO 23-12-1957 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI X NO _____

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA X FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 65.4 kg TALLA 1.53 IMC 29.906 PERIMETRO ABDOMINAL 94.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDIACA 72. SATURACION DE OXIGENO 93 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/30 AO 20/30 ALTERACION: cataratas.

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26491183 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 72. FECHA 07-11-2025. DIRECCIÓN Mayo.

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Amilka Bermeo Vélez IDENTIFICACIÓN 26.491.183 EDAD 73.

FECHA DE NACIMIENTO 29-05-1952. GENERO Femenino EAPB Nueva EPS. S X. C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 58.1 TALLA 1.55 IMC 20.3 PERIMETRO ABDOMINAL 74.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 124/80 FRECUENCIA CARDIACA 70. SATURACION DE OXIGENO 85 TEMPERATURA 35.1.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/70 AO 20/60 ALTERACION: Miopia - cataratas

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

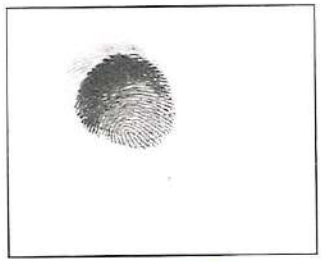
5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO firma CC 4.941.157. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1093337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 11. FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Haito Centro Poblado

N TELEFONICO 320 356 84 65 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS 1.

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Arturo Cuellar. IDENTIFICACIÓN 4.941.157. EDAD 81

FECHA DE NACIMIENTO 30-01-1944 GENERO Masculino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 72.03 TALLA 1.66 IMC 30.0 PERIMETRO ABDOMINAL 97

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/80 FRECUENCIA CARDIACA 89 SATURACION DE OXIGENO 90 TEMPERATURA 38.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/80 AO 20/20 ALTERACION: Astigmatismo, Miopía

AGUDEZA AUDITIVA: _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE x Alba Lucía Meneses 26579973 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1093397B6 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 70 FECHA 09/11/2025 DIRECCIÓN Yarito Centro

N TELEFONICO 312 5030943 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Alba Inés Meneses de Alvarez IDENTIFICACIÓN 26 579 973 EDAD 76

FECHA DE NACIMIENTO 16/06/1949 GENERO femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 63.8 TALLA 1.51 IMC 27.9 Sobr PERIMETRO ABDOMINAL 99

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 113/64 FRECUENCIA CARDIACA 58 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 36.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/70 AC 20/70 ALTERACION: Astigmatismo, miopia

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

PB 29
PT 35

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO FIRMO CC 57. 195. 639. HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 69 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto.

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Edicta Ramos Vargas IDENTIFICACIÓN 55.195.639 EDAD 69.

FECHA DE NACIMIENTO 30-11-1956 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS. S _____ C X

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 64.5 TALLA 162. IMC 25.4 PERIMETRO ABDOMINAL 93.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 131/80 FRECUENCIA CARDIACA 73 SATURACION DE OXIGENO 88. TEMPERATURA 37.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/80 OI 20/60 AO 20/60 ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva.

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Laurentino Escobar CC 4941.086 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1093337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 68. FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Haito

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI _____ NO X PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Laurentino Escobar Ramos IDENTIFICACIÓN 4.941.088 EDAD 81 A

FECHA DE NACIMIENTO 13-07-1944 GENERO Masculino EAPB _____ S _____ C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X. NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X. SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 59.5. TALLA 1.60. IMC 20 1. PERIMETRO ABDOMINAL 94.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 127/80 FRECUENCIA CARDIACA 100. SATURACION DE OXIGENO 90. TEMPERATURA 35.6

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/50. AO 20/50. ALTERACION: Cataratos.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE+ No Firma. CC 26.579.931. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 67. FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Alto Centro

N TELEFONICO No tiene. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Blanca elisa fernandez O IDENTIFICACIÓN 26.579931 EDAD 81

FECHA DE NACIMIENTO 29-05-1944 GENERO femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 39 TALLA 1.45 IMC 17.6 BP PERIMETRO ABDOMINAL 66

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 112/82 FRECUENCIA CARDIACA 82 SATURACION DE OXIGENO 87 TEMPERATURA 36.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/80 OI 20/80 AO 20/80 ALTERACION: Cataratas, Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 2.525.730 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1087337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 66 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Barro San Francisco

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Luis Enrique Meneses Posada IDENTIFICACIÓN 2.525.730 EDAD 87.

FECHA DE NACIMIENTO 06-06-1936 GENERO Masculino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 65 TALLA 162.5 IMC 24.7 PAC PERIMETRO ABDOMINAL 96

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/70 FRECUENCIA CARDIACA 76. SATURACION DE OXIGENO 88 TEMPERATURA 36.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/80 OI 20/70 AO 20/30 ALTERACION: Cataratas

AGUDEZA AUDITIVA: dificultad Auditiva

PB 26
PP 35

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejó de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

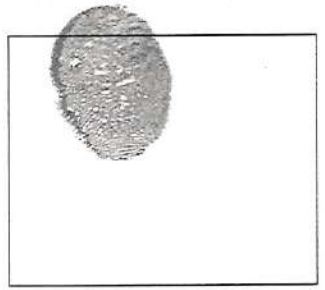
5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Graciela Romo CC 26 579 876 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007837136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

145

N FICHA 65 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San francisco.

N TELEFONICO No tiene. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Ursula Ramos IDENTIFICACIÓN 26.579 876 EDAD 83

FECHA DE NACIMIENTO 7/06/1941 GENERO femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA X COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 68.4kg TALLA 1.51 M IMC 29,9 kg/m² PERIMETRO ABDOMINAL 104.5cm.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 103/57 FRECUENCIA CARDIACA 75 SATURACION DE OXIGENO 93 TEMPERATURA 37.6 / 39

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/80 AO 20/80 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo.

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditivo.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 36270389 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 64 FECHA 07/11/2025. DIRECCIÓN Los Mesones B/

N TELEFONICO 3102335810. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Carmen Gilonde Martinez IDENTIFICACIÓN 36.273 389 EDAD 72

FECHA DE NACIMIENTO 12-06-1953 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 73.9 TALLA 158 IMC 30.4 obes PERIMETRO ABDOMINAL 109

29.56

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 81/74 FRECUENCIA CARDIACA 75 SATURACION DE OXIGENO 76 TEMPERATURA ~~37~~.1

37.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/20 ALTERACION: Retigio

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____. en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Magola Enagua M CC 26 579 805 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1002337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 63 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Hato Sector 2

N TELEFONICO No tiene. VACUNADO COVID-19 SI _____ NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Magola chavarro de chavarro IDENTIFICACIÓN 26579805 EDAD 86

FECHA DE NACIMIENTO 24-06-1939 GENERO femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 45.4 TALLA 1.45 IMC 21,5kg/m2 PERIMETRO ABDOMINAL 80

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 142/70 FRECUENCIA CARDIACA 81 SATURACION DE OXIGENO 83 TEMPERATURA 32.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/80 AO 20/90 ALTERACION: Miopia - Astigmatismo.

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

PB: 22
PT: 30

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 4941285 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 62 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN B/ San Francisco

N TELEFONICO 3208666872 VACUNADO COVID-19 SI _____ NO X PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Deoclesiano Muñoz Cubillos IDENTIFICACIÓN 4.941.785 EDAD 67

FECHA DE NACIMIENTO 7/11/1958 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO _____

VISUAL _____ AUDITIVA X COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA X TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 68.4 TALLA 164 IMC 25.4 PERIMETRO ABDOMINAL 95

28.5 6
34 P

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 131/82 FRECUENCIA CARDIACA 76 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/80 AO 20/70 ALTERACION: miopía

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO firma CC 4.881.391 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1097337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



Huellas de Amor

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 62. FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Mano

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS 1.

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS CENON Martinez de la cruz. IDENTIFICACIÓN 4.881.371. EDAD 75.

FECHA DE NACIMIENTO 19-10-1950. GENERO Masculino. EAPB Nueva EPS. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 62.3. TALLA 1.59. IMC 30.5 PN PERIMETRO ABDOMINAL 75 cm

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 128/80 FRECUENCIA CARDIACA 100 SATURACION DE OXIGENO 83 TEMPERATURA 35.8.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/50 AO 20/30 ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO firmo CC 4.941.127. HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 60 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto San Francisco

N TELEFONICO No tiene. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Pedro Antonio Calderon Perdomo IDENTIFICACIÓN 4.941.127 EDAD 82

FECHA DE NACIMIENTO 29-06-1943 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 59.3 TALLA 168 IMC 20,9 DN. PERIMETRO ABDOMINAL 90 cm.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 127/80 FRECUENCIA CARDIACA 89 SATURACION DE OXIGENO 93 TEMPERATURA 37.8

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/60 AO 20/70 ALTERACION: Cataratas.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Alba Luis Ramos V CC 36.265.009 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 54 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Barrio San francisco

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Albertina Ramos de Calderon IDENTIFICACIÓN 36265059 EDAD 72

FECHA DE NACIMIENTO 20-8-1952 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 81 TALLA 156 IMC 332.06 PERIMETRO ABDOMINAL 105

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDIACA 69 SATURACION DE OXIGENO 93 TEMPERATURA 36.1°

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/70 ALTERACION: Astigmatismo miopia

AGUDEZA AUDITIVA: Sin alteración Auditiva

PR
PT

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Rosa Mireya M M CC 26580067 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 58 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN B/ San Francisco

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI _____ NO X PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Rosa Mireya Hernandez Herrera IDENTIFICACIÓN 26 580 067 EDAD 65

FECHA DE NACIMIENTO 06-10-1960 GENERO Femenino. EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 69.8 TALLA 153 IMC 29.8 Sobre PERIMETRO ABDOMINAL 93

b 79.5
-7 40.5

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 133/72 FRECUENCIA CARDIACA 68 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/80 AO 20/80 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: No presenta

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 26577657 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 57 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Sector 2

N TELEFONICO 3209319758 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Salome Antory Ordoñez IDENTIFICACIÓN 26 577 652 EDAD 74

FECHA DE NACIMIENTO 26-10-1951 GENERO Femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA X TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 60 TALLA 165 IMC 22.04 PERIMETRO ABDOMINAL 91

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 136/80 FRECUENCIA CARDIACA 74 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/60 ALTERACION: miopia

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO firma CC 4.941.101 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 56 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Kilometro San francisco

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI _____ NO X PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Ramiro Parra Manrique IDENTIFICACIÓN 4.941.201 EDAD 82

FECHA DE NACIMIENTO 27-01-1944 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 74.04 TALLA 168 IMC 27 kg/m² PERIMETRO ABDOMINAL 90

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 128/80 FRECUENCIA CARDIACA 85 SATURACION DE OXIGENO 90 TEMPERATURA 38.6

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/80 AO 20/50 ALTERACION: Miopia astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26.578.762. HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1077337135 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 55 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto. San francisco

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Matilde Mendez Meneses IDENTIFICACIÓN 26.578.762 EDAD 61

FECHA DE NACIMIENTO 11-03-1964 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO _____

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 62.03 TALLA 156 IMC 26kg/m2 PERIMETRO ABDOMINAL 80

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 124/80 FRECUENCIA CARDIACA 76 SATURACION DE OXIGENO 90 TEMPERATURA 35.6

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/30 AO 20/50 ALTERACION: Miopia, astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Yolanda Sara Pinto CC 26.579.995 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
AIA
CHAV
AL ADULTO MAYOR

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 54 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Yaiza

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Rosaura Bermeo Parra IDENTIFICACIÓN 26579.995 EDAD 78

FECHA DE NACIMIENTO 20-09-1947 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 71.5 TALLA 143 IMC _____ PERIMETRO ABDOMINAL 103

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 140/75 FRECUENCIA CARDIACA 78 SATURACION DE OXIGENO 93 TEMPERATURA 36.1

AGUDEZA VISUAL: OD _____ OI _____ AO _____ ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Aura Parra CC 26.578.522. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007332736 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 53 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San Francisco

N TELEFONICO 3144930557 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Aura Parra Gomez IDENTIFICACIÓN 26578522 EDAD 66

FECHA DE NACIMIENTO 06-01-1959 GENERO femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 65.6 TALLA 148 IMC 29.9 sobr PERIMETRO ABDOMINAL 95

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 150/90 FRECUENCIA CARDIACA 78 SATURACION DE OXIGENO 88 TEMPERATURA 36.8

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/40 AC 20/30 ALTERACION: Hipica. Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No Firma CC 4.961.012. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 52. FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Porto, Sector 1

N TELEFONICO No tiene. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Octavio Romero Muñoz IDENTIFICACIÓN 4961012 EDAD 79

FECHA DE NACIMIENTO 02 - Dic - 1946 GENERO Masculino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 79.1 TALLA 1.69 IMC 27.7 Sob PERIMETRO ABDOMINAL 106

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 135/85 FRECUENCIA CARDIACA 85 SATURACION DE OXIGENO 90% TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: Tengio, Miopa, astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

PB 265
PT 39.5

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE María Eneida Vargas R CC 26580032 de Tunja HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 51 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Mato. Centro Poblado

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS María Cnelia Vargas Rojo IDENTIFICACIÓN 26.580.032 EDAD 66

FECHA DE NACIMIENTO 14-07-1959 GENERO femenino EAPB NUEVA EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X.

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X.

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 60.4 TALLA 159 IMC 26 kg/m2. PERIMETRO ABDOMINAL 98.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 122/80 FRECUENCIA CARDIACA 79 SATURACION DE OXIGENO 90 TEMPERATURA 37.0

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/4 AO 20/50 ALTERACION: MIOPIA.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Mayer Barrera M CC 26.578.220 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337135 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 50 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Paito- B/San Francisco

N TELEFONICO 3138226723 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Hayer Barrera Hudet IDENTIFICACIÓN 26.578 220 EDAD 62

FECHA DE NACIMIENTO 09-11-1963 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 90 TALLA 150 IMC 40 Obesid. PERIMETRO ABDOMINAL 112

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 118/71 FRECUENCIA CARDIACA 77 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 36.7

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/60 AO 20/60 ALTERACION: Astigmatismo.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Alteración Auditiva

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26.579.985 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1097337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 49 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Maria

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Raquel Escalante de Meneses IDENTIFICACIÓN 26.579.985 EDAD 80

FECHA DE NACIMIENTO 06/01/1945 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 58.3 TALLA 154 IMC 25.2 PERIMETRO ABDOMINAL 83

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 122/80 FRECUENCIA CARDIACA 81.2 SATURACION DE OXIGENO 84 TEMPERATURA 38

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/80 AO 20/70 ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 49.40372. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 48 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San Francisco.

N TELEFONICO 3227765086 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Eugenio Iquina Sabi IDENTIFICACIÓN 4.940.378 EDAD 71

FECHA DE NACIMIENTO 4/06/1954 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 66.4 TALLA 1.70 IMC 22.9 Adec, PERIMETRO ABDOMINAL 72.5.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 102/59 FRECUENCIA CARDIACA 69 SATURACION DE OXIGENO 86 TEMPERATURA 36.5.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/60 AO 20/60 ALTERACION: Miopia - Asigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

PO: 27
PT: 35

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Luz Adila Laguna de Yepes CC 26578039 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1097337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 47 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San francisco.

N TELEFONICO 3115715848. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Luz Mila Iguina De Iguina IDENTIFICACIÓN 26578034 EDAD 64

FECHA DE NACIMIENTO 22/02/1961 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 91.1 TALLA 142 IMC 40.2 obes. PERIMETRO ABDOMINAL 110

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 122/69 FRECUENCIA CARDIACA 79 SATURACION DE OXIGENO 87 TEMPERATURA 36.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/90 AO 20/80 ALTERACION: Miopia. Asigmatismo. Terijio

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva.

PB 32
PT: 41

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firmo CC 26.574.933 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 46 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS María Luz Pedroza de Palencia IDENTIFICACIÓN 26579.933 EDAD 79

FECHA DE NACIMIENTO 20-10-1946 GENERO Femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 80.2 TALLA 1.56 IMC 30.7 PERIMETRO ABDOMINAL 101

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDIACA 87 SATURACION DE OXIGENO 89 TEMPERATURA 38.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/80 AO 20/70 ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Alteracion Vocal.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Roberto Melendez CC 4941351 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007837136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 45 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San Francisco

N TELEFONICO No tiene VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Roberto Mendez Meneses IDENTIFICACIÓN 4944351 EDAD 60

FECHA DE NACIMIENTO 9/07/1964 GENERO Masculino EAPB Mallamas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO _____

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 70.4 TALLA 162 IMC 26.8 Sobr PERIMETRO ABDOMINAL 95

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 167/89 FRECUENCIA CARDIACA 61 SATURACION DE OXIGENO 83 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/50 ALTERACION: Tejijo - Astigmatismo.

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva.

PB: 28
PT: 38

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 4.941.196 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 44 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Barrio Antonio Ricaurte

N TELEFONICO 3114670582 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Lazaro Perdomo Celis IDENTIFICACIÓN 4941176 EDAD 74

FECHA DE NACIMIENTO 13/04/1949 GENERO Masculino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 79.7 TALLA 1.68 IMC 28.2 Sobr PERIMETRO ABDOMINAL 109

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 110/90 FRECUENCIA CARDIACA 86 SATURACION DE OXIGENO 82 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/60 AO 20/60 ALTERACION: Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

PB 31
PT 41

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Ana Emma Scarpetta CC 26573005 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 43. FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Sector 3

N TELEFONICO 3134285704 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS 4.

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Luz Emma Scarpetta de Mendez. IDENTIFICACIÓN 26579005. EDAD 76

FECHA DE NACIMIENTO 02/10/1949 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 59.1 TALLA 141 IMC 29.7 PERIMETRO ABDOMINAL 92.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 126/74 FRECUENCIA CARDIACA 74 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 36.8.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60. AO 20/70 ALTERACION: Miopia - Asgmatismo.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva.

FB: 27
FT: 32.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No Firma CC 26579240 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 42 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San Francisco.

N TELEFONICO No tiene VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Heliodora Manrique. IDENTIFICACIÓN 26579240 EDAD 73

FECHA DE NACIMIENTO 16/07/1957 GENERO Femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 59.5. TALLA 154 IMC 25 Kg/m² Adecuado PERIMETRO ABDOMINAL 92.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 162/76 FRECUENCIA CARDIACA 72/ SATURACION DE OXIGENO 88 TEMPERATURA 37.2

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/40 AO 20/60 ALTERACION: Terigio

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva.

PB: 29.
PT: 34

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Otilia Meneses CC 26.577.927 . HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 41 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Barro Centro Frio

N TELEFONICO 3203568465 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Otilia Meneses de Cuellar IDENTIFICACIÓN 26377927 EDAD 64 años

FECHA DE NACIMIENTO 13/08/1958 GENERO Femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 91.6 TALLA 155 IMC 38.1 Obesa PERIMETRO ABDOMINAL 117

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/90 FRECUENCIA CARDIACA 86 SATURACION DE OXIGENO 93 TEMPERATURA 39.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/70 ALTERACION: Hipoa Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

PB 39.5
PT: 42.

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Floralba Scarpetta CC 26530066 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 40 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN B. San Antonio

N TELEFONICO 3227687255 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Floralba Scarpeta Barrera IDENTIFICACIÓN 26.580.066 EDAD 66

FECHA DE NACIMIENTO 30/01/1959 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 60.3 TALLA 1.44 IMC 29 Sobre PERIMETRO ABDOMINAL 90

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 140/90 FRECUENCIA CARDIACA 88 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 37

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/60 AO 20/40 ALTERACION: Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

PB: 31
FI: 38

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 1223191 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 39 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San francisco

N TELEFONICO No Tiene/3213054278 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Saul Bustos Meneses IDENTIFICACIÓN 12231191 EDAD 60 Años

FECHA DE NACIMIENTO 19/02/1965 GENERO Masculino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 58 TALLA 1.65 IMC 21.3 Peso N PERIMETRO ABDOMINAL 84

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/90 FRECUENCIA CARDIACA 88 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO 20/80 ALTERACION: Astgmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva

PB : 26
PT : 36

Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Belsima Chocosso CC 26.578.000 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 38 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Yarto Canto

N TELEFONICO 3115990363 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Celina Chavarro de Barrera IDENTIFICACIÓN 26578000 EDAD 70

FECHA DE NACIMIENTO 25-8-1955 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI X NO _____

VISUAL X AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 63.3 TALLA 158 IMC 25.3 Sobr PERIMETRO ABDOMINAL 98

S. 29
P. 34

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/70 FRECUENCIA CARDIACA 64 SATURACION DE OXIGENO 89 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/80 OI 20/70 AO 20/70 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo, tengio

AGUDEZA AUDITIVA: Sin alteración Auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizó a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 26.580.015 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1075337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 37. FECHA 09/11/2025 DIRECCIÓN Centro Poblado

N TELEFONICO No Tiene. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Urbana Calderon de Barrera IDENTIFICACIÓN 26.580.015 EDAD 82 años

FECHA DE NACIMIENTO 08-04-1943 GENERO femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 74 TALLA 142 IMC 36.7 obe PERIMETRO ABDOMINAL 105

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 81 FRECUENCIA CARDIACA 76 SATURACION DE OXIGENO 85 TEMPERATURA 36.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/80 OI 20/60 AO 20/70 ALTERACION: Cataratas, Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Emilia Scarpetta CC 26.579.907. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 36 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San Fransisco

N TELEFONICO 3218307360 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Emilia Scarpetta del calderon IDENTIFICACIÓN 26579907 EDAD 78.

FECHA DE NACIMIENTO 17 Agosto 1947 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 60.2 TALLA 148.5 IMC 27.4 Sobre PERIMETRO ABDOMINAL 97

T 28.5
P. 35.5

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 140/90 FRECUENCIA CARDIACA 74 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 37.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/30 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo, Vertigo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva

14 05

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Raquel Gomez CC 26 580 637 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 35 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN B. Sanfranasco

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI V NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Raquel Gomez de Calderon IDENTIFICACIÓN 26.580037 EDAD 66

FECHA DE NACIMIENTO 24-03-1959 GENERO femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 76 TALLA 154 IMC 32. obesidad PERIMETRO ABDOMINAL 102

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDIACA 92 SATURACION DE OXIGENO 88 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO _____ ALTERACION: Miopia, astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

PB: 29
PT: 39

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO FIRMA. CC 26.578.621 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 34 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Alto Centro

N TELEFONICO 320 356 84 65 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Leonor Rosario Meneses Becerra IDENTIFICACIÓN 26578621 EDAD 60

FECHA DE NACIMIENTO 24/12/1966 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 65.7 TALLA 154 IMC 27.7 Sobr PERIMETRO ABDOMINAL 94

B 28.5
P. 34

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/60 FRECUENCIA CARDIACA 83 SATURACION DE OXIGENO 83 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: Miopia Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Mistidia Meneses CC 36265017 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 33. FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN B Santander

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Nicolasa Meneses de Mendez IDENTIFICACIÓN 36265017 EDAD 73

FECHA DE NACIMIENTO 16-08-1952 GENERO femenino EAPB Emssanar S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 58.5 TALLA 1.45 IMC 27.8 Sob PERIMETRO ABDOMINAL 88

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 140/80 FRECUENCIA CARDIACA 65 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/70 AO 20/90 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE María Lilia Montes CC 28.670.230 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 32 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN B/ San francisco

N TELEFONICO 3125150884 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Maria Lilia Meneses Sedano IDENTIFICACIÓN 28.670230 EDAD 81

FECHA DE NACIMIENTO 26-05-1944 GENERO Femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 57.8 TALLA 141 IMC 29 Sobre PERIMETRO ABDOMINAL 93

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 113/63 FRECUENCIA CARDIACA 93 SATURACION DE OXIGENO 89 TEMPERATURA 36.6

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/80 AC 20/30 ALTERACION: Tengio, Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Benjamín Escalante CC 4.941.240 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1097332136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 31. FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Alto Centro

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Benjacin Calderon chavarro IDENTIFICACIÓN 4.941.240 EDAD 72 Años

FECHA DE NACIMIENTO 16-05-1953 GENERO Masculino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 78.1 TALLA 163 IMC 29.4 sobr PERIMETRO ABDOMINAL 103

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 140/56 FRECUENCIA CARDIACA 69 SATURACION DE OXIGENO 85 TEMPERATURA 36.4

AGUDEZA VISUAL: OD 20/80 OI 20/60 AO 20/60 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo, Cataratas

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE María Loboa Escarpeta CC 51.791.542. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337135 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 30 FECHA 07/11/2025. DIRECCIÓN Manto.

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Marpa Libra Scarpetta Scarpetta IDENTIFICACIÓN 51791542 EDAD 65

FECHA DE NACIMIENTO 01-08-1960 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 81.1 TALLA 149 IMC 84. PERIMETRO ABDOMINAL 104

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 122/80 FRECUENCIA CARDIACA 87. SATURACION DE OXIGENO 89. TEMPERATURA 36.8°

AGUDEZA VISUAL: OD 20/30 OI 20/80 AO 20/30. ALTERACION: Miopia, Astigmatismo.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Alteracion Auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO firma CC 26.579.821 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 29 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Mulo centro.

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Elvia maria parra de collazos. IDENTIFICACIÓN 26.579.822. EDAD 85.

FECHA DE NACIMIENTO 01-01-1940. GENERO Femenino EAPB Nueva EPS. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X.

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X. OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 62.2. TALLA 1.57 IMC 25 kg/m2 PERIMETRO ABDOMINAL 84.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDIACA 72. SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 37.3.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/70 AO 20/30 ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO firma CC 26.580.650. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 28 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Huila.

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI _____ NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Maria leira Mendez Vargas IDENTIFICACIÓN 26.580.050 EDAD 70

FECHA DE NACIMIENTO 22/04/1955 GENERO Femenino. EAPB Nueva EPS S X. C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X.

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 56.4 TALLA 154 IMC 19.5 N PERIMETRO ABDOMINAL 82.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 110/90 FRECUENCIA CARDIACA 70 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 34.6.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Ligia Meneses CC 51677536 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 27 FECHA 07-11-2025 DIRECCIÓN Alto Bamo Centro

N TELEFONICO 3106627031 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Jorgia Meneses Muñoz IDENTIFICACIÓN 51677536 EDAD 68

FECHA DE NACIMIENTO 08-07-1957 GENERO Femenino EAPB Sanitas S _____ C X

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 49.1 TALLA 148 IMC 22.4 Peso N PERIMETRO ABDOMINAL 72

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 114/62 FRECUENCIA CARDIACA 85 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 36.7°

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/40 AO 20/50 ALTERACION: Pterigio, Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

PB 24

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE _____ CC 26.580 079 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 26 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Yarito Centro

N TELEFONICO 3209137839 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Celmira Palencia IDENTIFICACIÓN 26580079 EDAD 72

FECHA DE NACIMIENTO 03-12-1952 GENERO femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 78.3kg TALLA 1.70 IMC 27.80kg PERIMETRO ABDOMINAL 96

28 b.
35.9

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 110/60 FRECUENCIA CARDIACA 80 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 36.8

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/30 AO 20/40 ALTERACION: Ninguna

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Alteración Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Ana Lucia Parra CC 4.941.049 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 25 FECHA 07/11/2021 DIRECCIÓN Barrio San Francisco

N TELEFONICO 3219805697 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Andres Parra Enrique IDENTIFICACIÓN 4941049 EDAD 83

FECHA DE NACIMIENTO 17-12-1941 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 54.1 TALLA 163 IMC 20.3 Peso N PERIMETRO ABDOMINAL 79.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/90 FRECUENCIA CARDIACA 82 SATURACION DE OXIGENO 94 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/70 AO 20/70 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Maria Diva Ramos CC 26.578.218 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 25 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Barro Centro Alto

N TELEFONICO 3225935511 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Mario Divo Ramos IDENTIFICACIÓN 26.578.218 EDAD 65

FECHA DE NACIMIENTO 20-11-1959 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 74.2 TALLA 160 IMC 28.98 PERIMETRO ABDOMINAL 94

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 120/70 FRECUENCIA CARDIACA 73 SATURACION DE OXIGENO 94 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

PB 29.5
R: 36.5

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 1.081.515.305 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1092337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 23 FECHA 09/11/2025 DIRECCIÓN Mano.

N TELEFONICO No tiene VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Gonzalo Palencia Manrique. IDENTIFICACIÓN 1.081.515.305 EDAD 82.

FECHA DE NACIMIENTO 28/05/1943 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 60.2 TALLA 154 IMC 24.8 PERIMETRO ABDOMINAL 90.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 124/80 FRECUENCIA CARDIACA 80. SATURACION DE OXIGENO 98. TEMPERATURA 35.2.

AGUDEZA VISUAL: **OD** 20/40 **OI** 20/50 **AO** 20/50 ALTERACION: Miopia.

AGUDEZA AUDITIVA: _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO firma CC 26578.456. HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 22. FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto

N TELEFONICO 320 913 7839 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS María Mercedes Barona Palencia IDENTIFICACIÓN 26 578 456 EDAD 63

FECHA DE NACIMIENTO 11-06-1962. GENERO femenino. EAPB Nueva EPS. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 56.3 TALLA 1.55 IMC 18.8 PERIMETRO ABDOMINAL 65

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 135/80 FRECUENCIA CARDIACA 72 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 35.6

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/50 AO 20/60. ALTERACION: Miopía.

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

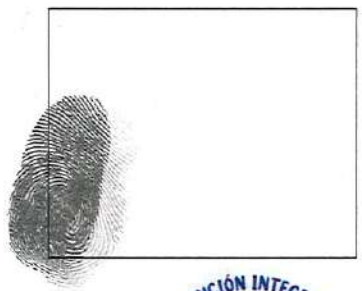
5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 3.043.427 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 21 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto centro.

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Rosebel Chavarro Alvarez IDENTIFICACIÓN 3.043.427. EDAD 83

FECHA DE NACIMIENTO 01/01/1942. GENERO Masculino. EAPB _____ S _____ C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X.

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X. OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 83.8 TALLA 160 IMC 32.7 Obs PERIMETRO ABDOMINAL 118.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 122/67 FRECUENCIA CARDIACA 90 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 37.2.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: Miopia, astigmatismo, Cataratas

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Alicia Gómez Meneses CC 26580055 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1097337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 20 FECHA 07/11/2025. DIRECCIÓN Alto Cenizo

N TELEFONICO 3133990618 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Alicia Gomez Meneses IDENTIFICACIÓN 26580055 EDAD 64

FECHA DE NACIMIENTO 16-03-1961 GENERO femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 96.7 TALLA 153 IMC 41.3 Obes PERIMETRO ABDOMINAL 120

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/80 FRECUENCIA CARDIACA 85 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/60 AO 20/30 ALTERACION: Miopia; Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Aurora Gómez CC 26.580.060 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007837136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 19 FECHA 07/11/2026 DIRECCIÓN Hasta B/San Francisco

N TELEFONICO 3216318574 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Ana Gomez Meneses IDENTIFICACIÓN 26586668 EDAD 60

FECHA DE NACIMIENTO 18-05-1965 GENERO femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 64.4 TALLA 151.5 IMC 27.5 PERIMETRO ABDOMINAL 90

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/70 FRECUENCIA CARDIACA 75 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 36.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/30 AO 20/40 ALTERACION: astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin alteración auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firmo CC 26.591.817. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 18 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto

N TELEFONICO 320 222.77 66 VACUNADO COVID-19 SI _____ NO X PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Brigida Meneses de escobar. IDENTIFICACIÓN 26.574.817. EDAD 90

FECHA DE NACIMIENTO 12/08/1935 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 68 TALLA 1.60 IMC 30.4 PN PERIMETRO ABDOMINAL 84.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/78 FRECUENCIA CARDIACA 80 SATURACION DE OXIGENO 84 TEMPERATURA 35.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO 20/50 ALTERACION: Miopia

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Evangelina Ramos CC 26.579 981 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007837136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 17 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Yaito Centro

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Virgelina Ramos de Calderon IDENTIFICACIÓN 26579981 EDAD 76

FECHA DE NACIMIENTO 01-08-1950 GENERO femenino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI V NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 74 TALLA 156 IMC 30.4 Obes PERIMETRO ABDOMINAL 97

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 106/65 FRECUENCIA CARDIACA 85 SATURACION DE OXIGENO 89 TEMPERATURA 36.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/70 ALTERACION: Hipoa, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Difficult Reading

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Victor Julio Ecker CC 7.538.104 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 16 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San Francisco

N TELEFONICO 3202227766 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Victor Julio Escobar IDENTIFICACIÓN 7.538.104 EDAD 70

FECHA DE NACIMIENTO 21-09-1955 GENERO Masculino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 84.6 TALLA 164.5 IMC 31.4 Obes. PERIMETRO ABDOMINAL 107

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 150/80 FRECUENCIA CARDIACA 82 SATURACION DE OXIGENO 91 TEMPERATURA 36.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/30 OI 20/40 AO 20/40 ALTERACION: Asismatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin ninguna alteración.

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Luis Daniel Hoyos CC 4941195 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 15 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Maito.

N TELEFONICO No tiene VACUNADO COVID-19 SI ✓ NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Luis Daniel Mendez Barrera IDENTIFICACIÓN 4941195 EDAD 76 Años

FECHA DE NACIMIENTO 8-09-1949 GENERO Masculino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 59 TALLA 156 IMC 24.2 PN PERIMETRO ABDOMINAL 90

B 26
P 33.5

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 154/79 FRECUENCIA CARDIACA 83 SATURACION DE OXIGENO 91 - TEMPERATURA 36.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/50 AO 20/60 ALTERACION: Miopia astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

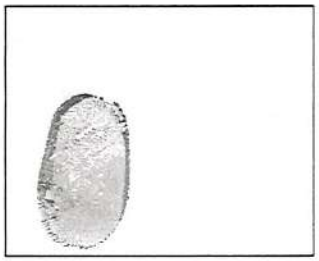
5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE ABIGAIL CAFE CORVANEZ CC 36.301.827 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

Copia

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 14 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Cerro calado - Uaito

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Blanca Flor Vanegas IDENTIFICACIÓN 36301827 EDAD 61

FECHA DE NACIMIENTO 30-04-1964 GENERO Femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI _____ NO X

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 37.6 TALLA 150 IMC 16.7 BP PERIMETRO ABDOMINAL 65

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 140/70 FRECUENCIA CARDIACA 81 SATURACION DE OXIGENO 89 TEMPERATURA 36.8

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/60 AO 20/70 ALTERACION: Miopia

AGUDEZA AUDITIVA: Sin alteración Auditiva

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Gustavo Valderrama CC 4941238 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 13 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Maito.

N TELEFONICO 3143456249. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Gustodio Calderon Pardoso IDENTIFICACIÓN 4941238 EDAD 80 Años

FECHA DE NACIMIENTO 07-04-1945 GENERO Masculino EAPB Sanitas S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 68.9 TALLA 158 IMC 27.6 PERIMETRO ABDOMINAL 96

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 123/83 FRECUENCIA CARDIACA 59 SATURACION DE OXIGENO 83. TEMPERATURA 36.1

6-29
P 36.7

AGUDEZA VISUAL: OD 20/50 OI 20/60 AO 20/60 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: No presento Alteración

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE * Isidora Chavarro CC 26.579.947. HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 12. FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Alto- Centro

N TELEFONICO 3203131872 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS ISIDORA CHAVARRO DE ESCOBAR IDENTIFICACIÓN 26579947 EDAD 75

FECHA DE NACIMIENTO 30-07-1950 GENERO _____ EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 67.1 TALLA 148 IMC 32.1 PERIMETRO ABDOMINAL 99

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 134/86 FRECUENCIA CARDIACA 88 SATURACION DE OXIGENO _____ TEMPERATURA 36.8

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/50 AO _____ ALTERACION: Con Alteración Visual.

AGUDEZA AUDITIVA: Tenjio. "Sin Alteración Auditiva

O 31
P 36

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE NO firma CC 41.538.113 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 11 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Maito Sector 2

N TELEFONICO 3142906882 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Maria Ines Martinez de Lopez. IDENTIFICACIÓN 41535113 EDAD 74

FECHA DE NACIMIENTO 11-12-1951 GENERO Femenino EAPB Nueva EPS. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 51,6 TALLA 1.46 IMC 30.3 PERIMETRO ABDOMINAL 89

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 141/54 FRECUENCIA CARDIACA 72 SATURACION DE OXIGENO 89 TEMPERATURA 36,9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/70 AO 20/70 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26.579.576 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 10. FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto.

N TELEFONICO 3229411338 VACUNADO COVID-19 SI X. NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Ermelinda Herrera De Mendez. IDENTIFICACIÓN 26.574.516. EDAD 94.

FECHA DE NACIMIENTO 18/03/2025. GENERO Femenino. EAPB Nueva EPS. S X. C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 58.2. TALLA 1.50. IMC 301 PERIMETRO ABDOMINAL 85.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 121/80. FRECUENCIA CARDIACA 82. SATURACION DE OXIGENO 80. TEMPERATURA 34.2.

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/70. ALTERACION: Miopia, Astigmatismo.

AGUDEZA AUDITIVA: No presenta dificultad.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE No firma CC 26.579.576 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 09 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Manto Poblado

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Ana Odoreo Rojo Medina. IDENTIFICACIÓN 26.574.576. EDAD 91.

FECHA DE NACIMIENTO 10/04/1934 GENERO Femenino. EAPB Nueva EPS. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 73.2 TALLA 152. IMC 30.2 PERIMETRO ABDOMINAL 96.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 106/65 FRECUENCIA CARDIACA 84 SATURACION DE OXIGENO 89 TEMPERATURA 36.6

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/70 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva.

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Ana Inés Blanco CC 26.571.848 HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1017337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 08 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San Francisco

N TELEFONICO 3143575764 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Ana Lucer Bermeo de Meneses IDENTIFICACIÓN 26.579898 EDAD 80

FECHA DE NACIMIENTO 07-01-1945 GENERO Femenino EAPB Nueva eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 71.5 TALLA 150 IMC 31.78 PERIMETRO ABDOMINAL 107

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 139/71 FRECUENCIA CARDIACA 97 SATURACION DE OXIGENO 94. TEMPERATURA 36.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO _____ ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: No presenta dificultad

b = 32
p 35

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Luz Mery Palencia CC 26.580.073 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 07 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Barrio San Francisco

N TELEFONICO 321 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Luz Mery Palencia Montoya IDENTIFICACIÓN 26.580 073 EDAD 67.

FECHA DE NACIMIENTO 17-09-1961 GENERO femenino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 67.9 TALLA 150 IMC 30.1 Obesa PERIMETRO ABDOMINAL 92

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/90 FRECUENCIA CARDIACA 103 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 37.1

AGUDEZA VISUAL: OD 20/70 OI 20/60 AO 20/70 ALTERACION: Catarata, Astigmatismo, miopia

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE María Amaya Vaya CC 26.482.678 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 06 FECHA 09/11/2025 DIRECCIÓN San Francisco

N TELEFONICO 3125480603 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Maria Aminta Noreña Urrego IDENTIFICACIÓN 26482678 EDAD 67

FECHA DE NACIMIENTO 19/02/1958 GENERO Femenino. EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO _____

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 70.1 TALLA 150 IMC 31.1 Obes PERIMETRO ABDOMINAL 101

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 140/60 FRECUENCIA CARDIACA 73 SATURACION DE OXIGENO 89 TEMPERATURA 37.1

B 37
P. 37

AGUDEZA VISUAL: OD 20/60 OI 20/70 AO 20/50 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo, Cataratas

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades,

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE Bernardo Bacorro CC 12226665 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1067337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 05 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San Francisco

N TELEFONICO 3222632191 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Bernardo Chavarro IDENTIFICACIÓN 12226665 EDAD 72 años

FECHA DE NACIMIENTO 6-10-53 GENERO Masculino EAPB Nueva Eps S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO X OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 74.3 TALLA 164 IMC 27.6 Sob PERIMETRO ABDOMINAL 102

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 130/81 FRECUENCIA CARDIACA 73 SATURACION DE OXIGENO 88 TEMPERATURA 36.8

B= 29.5
P. 32.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/30 OI 20/40 AO 20/40 ALTERACION: Astigmatismo, Miopia

AGUDEZA AUDITIVA: Sin Alteración Auditiva

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE x NO firma CC 26.579.486. HUELLA



FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 04 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN San Francisco

N TELEFONICO _____ VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Ines Perdomo de Ramos IDENTIFICACIÓN 26 579 986 EDAD 83

FECHA DE NACIMIENTO 3208493679 GENERO femenino EAPB Nueva Eps - S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 87.7 TALLA 146 IMC 41.1. Obesidad PERIMETRO ABDOMINAL 119

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 160/70 FRECUENCIA CARDIACA 67 SATURACION DE OXIGENO 97. TEMPERATURA 37.5

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO 20/30 ALTERACION: Miopia, Astigmatismo

AGUDEZA AUDITIVA: Dificultad auditiva

CHAV Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE 100 Firma CC 6.208.070 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337 B6 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 03 FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Huila.

N TELEFONICO 311 499 89 15. VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS 1.

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Alfonso Bermeo Parra IDENTIFICACIÓN 6.208.010. EDAD 78.

FECHA DE NACIMIENTO 07/02/1944 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS. S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X. NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X. SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 70.2. TALLA 154 IMC 30.74 PERIMETRO ABDOMINAL 100

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 138/71 FRECUENCIA CARDIACA 96 SATURACION DE OXIGENO 94 TEMPERATURA 35.9

AGUDEZA VISUAL: OD 20/40 OI 20/50 AO _____ ALTERACION: _____

AGUDEZA AUDITIVA: No presenta dificultad.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL CHAV

CARACTERIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y MEDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA ATECNION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

1. INFORMACIÓN: Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente _____, en desarrollo de la Ley 23 de 1981 y 1995 del 1999 manejo de historia clínica autorizo a la corporación Huellas de amor para tu vida tratamiento de datos personales, manejo de la historia clínica

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la aceptación de este documento manifiesto que he sido informado por la fundación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA lo siguiente:

1. Huellas de amor para tu vida actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Dato, uso de fotografías donde evidencio la asistencia a las actividades de la estrategia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, para análisis de información, valoración y derivaciones que se requieran incluidas en el desarrollo de la estrategia y acciones de salud pública que se requieran en el marco de la pandemia por COVID-19, como el uso de tapabocas durante el desarrollo de actividades.

3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales e información de mi historia clínica.

4 La fundación Huellas de amor para tu vida garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, dando cumplimiento a la resolución

5. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la fundación Huellas de Amor para tu vida, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la presente autorización.

6. mi participación en la estrategia es voluntaria y el desplazamiento por mis propios medios hacia el sitio donde se desarrollará la estrategia, de igual manera la información de mis datos personales e historia clínica la he suministrado voluntariamente

FIRMA DE ADULTO MAYOR O RESPONSABLE : Gilberto Chaparro CC 16209282 HUELLA

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____ CC 1007337136 N° DEL REGISTRO_____

FECHA _____



CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
AL ADULTO MAYOR
CHAV

CARACTERIZACIÓN

N FICHA 02. FECHA 07/11/2025 DIRECCIÓN Centro poblado

N TELEFONICO 3107522521 VACUNADO COVID-19 SI X NO _____ PENDIENTE DOSIS _____

IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS Gilberto Chavarro IDENTIFICACIÓN 16208282 EDAD 68

FECHA DE NACIMIENTO 24/Octubre/1957 GENERO Masculino EAPB Nueva EPS S X C _____

ENFOQUE DIFERENCIAL

INDÍGENA _____ VICTIMAS DEL CONFLICTO _____ AFROCOLOMBIANOS _____ ROM, GITANO _____ OTRO CUAL _____

LGBTQIA+ _____ REINSERTADOS _____ RED UNIDOS _____ BENEFICIARIOS DE COLOMBIA MAYOR SI X NO _____

DISCAPACIDAD: SI _____ NO X

VISUAL _____ AUDITIVA _____ COGNITIVA _____ FÍSICA _____ MULTIPLE _____ SORDOCEGERA _____ PSICOSOCIAL _____

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA X SECUNDARIA _____ TÉCNICO _____ UNIVERSITARIO _____ NO TIENE ESTUDIO _____ OTRO _____

EXAMEN FISICO

PESO 82.2 TALLA 172 IMC 27.8 Kg/m² PERIMETRO ABDOMINAL 93.5.

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL 135/81 FRECUENCIA CARDIACA 79 SATURACION DE OXIGENO 92 TEMPERATURA 36.8

AGUDEZA VISUAL: OD 20/30 OI 20/40 AO 20/40 ALTERACION: Terjio

AGUDEZA AUDITIVA: Sin dificultad Auditiva.

PB: 30.9
PT: 37.

CHAV
Huellas de Amor

ATENCIÓN INTEGRAL
CHAV