

# FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS, INSUMOS Y/O SUMINISTROS

PROYECTO: Discapacidad.

FECHA: Diciembre 5 de 2025

DEPENDENCIA: Salud pública y Red de Salud del Centro ESE.

|                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| Nombre                  | Evelina Vega     |
| No. De identificación   | 38 986 606       |
| Numero de contacto 1    | 317 679 25 14    |
| Número de contacto 2    |                  |
| Dirección de residencia | Cra 48ª # 126-55 |
| Barrio                  | Panamericano     |
| Comuna                  | 10               |

## DETALLE DE LA ENTREGA:

| No. | INSUMO                        | CANTIDAD | UNIDAD             |
|-----|-------------------------------|----------|--------------------|
| 1   | Suplemento                    | 1        | Tarro x 800Grs     |
| 2   | Crema humectante piel         | 2        | 1 litro            |
| 3   | Pañitos húmedos               | 2        | Paquete x 100u     |
| 4   | Pañales para persona reducida | 4        | Paquete por 21u Si |
| 5   | Toalla                        | 1        | Unidad             |
| 6   | Guantes                       | 2        | Caja x 100 pares   |
| 7   | Empaque del kit               | 1        | Bolsa              |

## DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre Paula fajardo No. De identificación 67.003.063

Rol Cuidadora

Firma Paula fajardo

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia. Distrito Especial de Santiago de Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930  
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

## FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE DONACIÓN

### Paciente Postrado – Veeduría Inclusión Colectiva Infantil (ICI)

La Veeduría Inclusión Colectiva Infantil – ICI, en uso de sus facultades orientadas a promover el acceso a una salud digna, de calidad y oportuna, se articula con la Secretaría de Salud de Santiago de Cali, específicamente con el Departamento de Enfoque Diferencial para Personas en Condición de Discapacidad y sus Familias, con el fin de facilitar a los hogares la entrega de kits de bienestar en donación.

Teniendo en cuenta que el(la) cuidador(a) no puede desplazarse a los puntos de entrega debido a limitaciones económicas, condiciones de movilidad o porque no puede dejar solo al paciente postrado, la Veeduría ICI ofrece, sin ningún costo, el servicio de recoger y entregar los kits.

En cumplimiento de lo anterior, yo, **Paula Andrea Fajardo Pérez**, identificado(a) con C.C. **N.º 67,003,063** de Cali valle en calidad de **cuidador(a)** del(la) paciente:

**Nombre del(la) paciente:** Etelvina Vesga

**Identificado(a)** con C.C.38986606

**Edad** 80años

**DX.** Mieloma Múltiple

**Teléfono:** 3176792514

**Dirección** Carrera 48a # 12b55

**Barrio** Panamericano

**AUTORIZO** de manera libre, voluntaria e informada a la presidenta de la Veeduría Inclusión Colectiva Infantil ICI, **Sra. Lina Tatiana Agudelo Gutiérrez**, para que realice el retiro y entrega del **kit de bienestar en donación**, el cual será destinado exclusivamente para el beneficio del(la) paciente anteriormente mencionado(a).

Declaro que esta autorización se otorga únicamente para los fines descritos y que la Veeduría no asume responsabilidades distintas a entrega del kit.



ici.veeduriacali@gmail.com



350 684 7556



602 482 1866



*Respeto y oportunidades  
para desarrollarnos*



*Ruiz*  
67003063



[ici.veeduriacali@gmail.com](mailto:ici.veeduriacali@gmail.com)



350 684 7556



602 482 1866