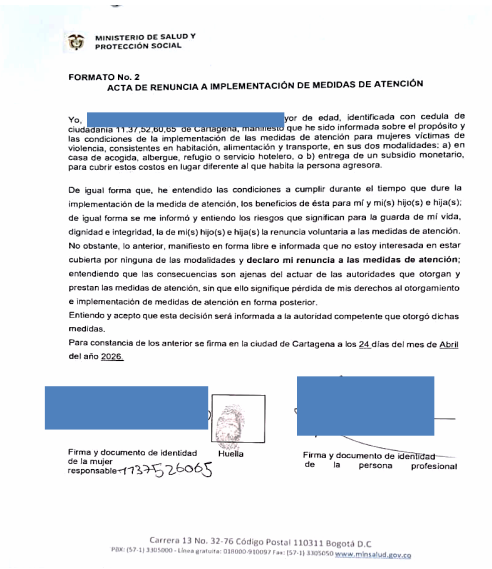
ACTAS DE ENGRESOS

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

ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2026- 110



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

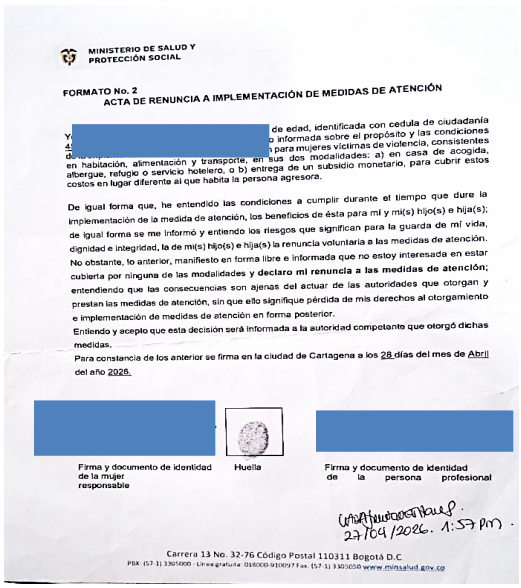
Yo, [redacted] mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía 1137526065 de Cartagena, manifiesto que he sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades **y declaro mi renuncia a las medidas de atención;** entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 24 días del mes de Abril del año 2026.

Firma y documento de identidad de la mujer responsable 1137526065 | Huella | Firma y documento de identidad de la persona profesional

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

ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2026- 109



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

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

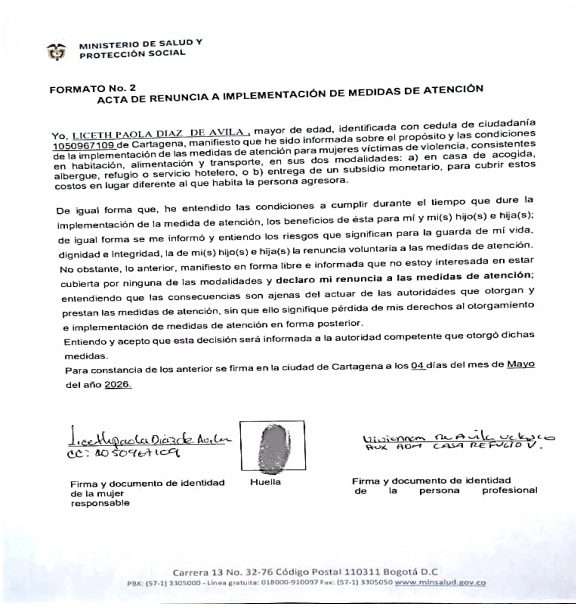
De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades **y declaro mi renuncia a las medidas de atención;** entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 28 días del mes de Abril del año 2026.

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

27/04/2026. 1:57 PM

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

ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2026-107



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

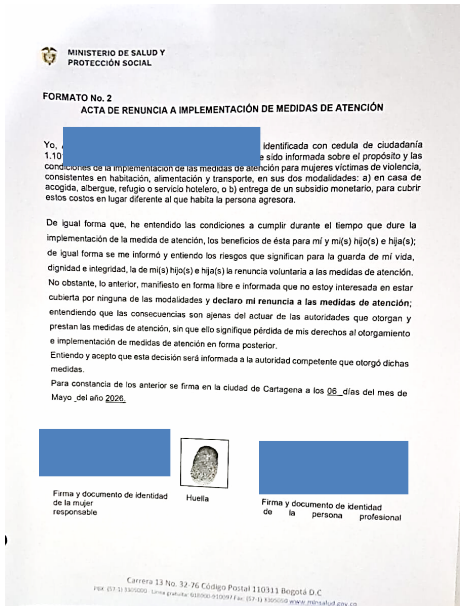
Yo, LICETH PAOLA DIAZ DE AVILA, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía 1050967109 de Cartagena, manifiesto que he sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades **y declaro mi renuncia a las medidas de atención;** entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 04 días del mes de Mayo del año 2026.

Firma y documento de identidad de la mujer responsable CC: 1050967109 | Huella | Firma y documento de identidad de la persona profesional

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

ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2026-82



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

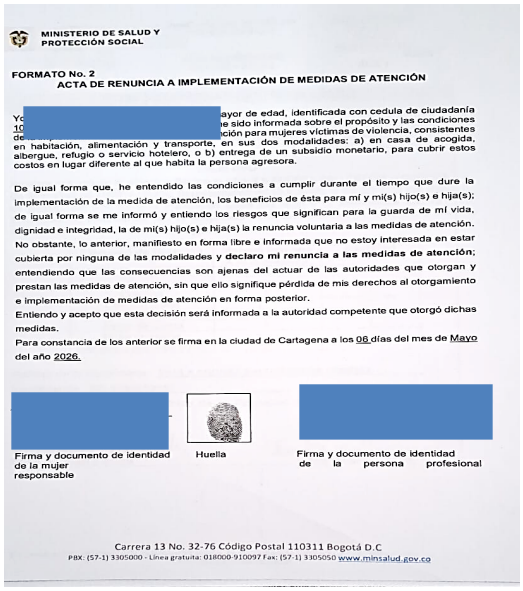
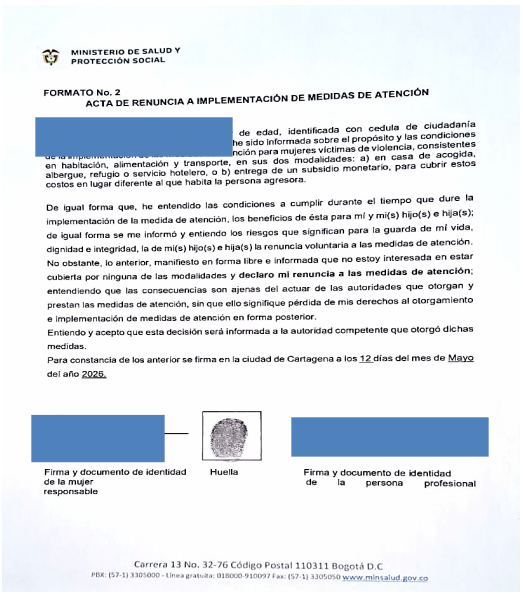
FORMATO No. 2
ACTA DE RENUNCIA A IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE ATENCIÓN

Yo, [redacted] identificada con cedula de ciudadanía 1.10[redacted] sido informada sobre el propósito y las condiciones de la implementación de las medidas de atención para mujeres víctimas de violencia, consistentes en habitación, alimentación y transporte, en sus dos modalidades: a) en casa de acogida, albergue, refugio o servicio hotelero, o b) entrega de un subsidio monetario, para cubrir estos costos en lugar diferente al que habita la persona agresora.

De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades **y declaro mi renuncia a las medidas de atención;** entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 06 días del mes de Mayo del año 2026.

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

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

ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2026- 111	ACTA DE EGRESO EXPEDIENTE Nº CRV2026- 112
	

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

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

De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades y **declaro mi renuncia a las medidas de atención**; entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 06 días del mes de Mayo del año 2026.

[redacted] — [redacted]

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

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

De igual forma que, he entendido las condiciones a cumplir durante el tiempo que dure la implementación de la medida de atención, los beneficios de ésta para mí y mi(s) hijo(s) e hija(s); de igual forma se me informó y entiendo los riesgos que significan para la guarda de mí vida, dignidad e integridad, la de mi(s) hijo(s) e hija(s) la renuncia voluntaria a las medidas de atención. No obstante, lo anterior, manifiesto en forma libre e informada que no estoy interesada en estar cubierta por ninguna de las modalidades y **declaro mi renuncia a las medidas de atención**; entendiendo que las consecuencias son ajenas del actuar de las autoridades que otorgan y prestan las medidas de atención, sin que ello signifique pérdida de mis derechos al otorgamiento e implementación de medidas de atención en forma posterior.
Entiendo y acepto que esta decisión será informada a la autoridad competente que otorgó dichas medidas.
Para constancia de los anterior se firma en la ciudad de Cartagena a los 12 días del mes de Mayo del año 2026.

[redacted] — [redacted]

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

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