

Santiago de Cali 31 de octubre 2025

**GLORIA AMPARO LOZANO CHAVEZ**

**SUPERVISORA DE CONTRATO No 4145.010.26.1.1524-2025**

**SECRETARIA DE SALUD DISTRITALD E CALI**

**Asunto:** Renuncia al contrato N.º 4145.010.26.1.1524-2025

Por medio de la presente, me permito presentar mi renuncia al contrato número 4145.010.26.1.1524-2025, vigente desde septiembre hasta diciembre de 2025, debido a problemas familiares de fuerza mayor que me impiden continuar con las responsabilidades establecidas.

Actualmente, atravieso una situación delicada, ya que mi madre se encuentra enferma y con discapacidad, lo que requiere de mi atención y cuidado permanente. Por este motivo, me veo en la necesidad de dedicar mi tiempo a su acompañamiento y asistencia, imposibilitándome cumplir adecuadamente con las obligaciones derivadas del contrato mencionado.

Agradezco profundamente la comprensión y el apoyo que puedan brindar ante esta circunstancia, así como la oportunidad que se me otorgó al formar parte de sus actividades.

Quedo atenta(o) a los procedimientos que se deban realizar para formalizar esta renuncia.

Atentamente,



Jorge Andres Ordoñez Luna

CC 16.934.094 de Cali

Contratista

Secretaria Distrital de Salud de Cali

C.C German Escobar Morales. Secretario Distrital de Salud