

Bogotá D.C., 16 de Diciembre 2025

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Bogota

Asunto: Rechazo voluntario de la vacuna contra la influenza

Yo, **Gerardo Arturo Rincon Lara**, identificado(a) con CC 80024370, , manifiesto de manera libre, consciente y voluntaria que **decido no aplicarme la vacuna contra la influenza** ofrecida por el programa institucional de promoción y prevención en salud.

Declaro que he sido debidamente informado(a) sobre los beneficios de dicha vacuna, los posibles efectos secundarios y las consecuencias que pueden derivarse de no recibirla, entre ellas el aumento del riesgo de contagio y complicaciones respiratorias.

De igual manera, **asumo bajo mi total responsabilidad los riesgos derivados de esta decisión**, eximiendo a la **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.** de cualquier responsabilidad por efectos relacionados con la no aplicación de la vacuna.

Esta decisión ha sido tomada sin ningún tipo de presión externa o coacción, y en pleno uso de mis facultades.

En constancia, firmo la presente declaración.

Atentamente,



Firma: _____

Nombre completo: _Gerardo Arturo Rincon Lara_

número de documento: _80024370_

Teléfono / contacto: _3044388330_