

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</p> <p>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL</p> | <p>PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA</p> <p>FORMATO DESISTIMIENTO DE USO DE LA<br/>POLIZA ACCIDENTES PERSONALES</p> | <p>Código: FOR-GL-032</p> <p>Versión: 0</p> <p>Fecha: Memo 12024026527<br/>- 19/09/2024</p> <p>Página 1 de 1</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Bogotá, 23 de ABRIL de 2026

Señores  
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL

Ciudad

Yo, Tania Paola Cagua Franco, identificada con número de cédula No. 1007249108, expedida en Bogotá D.C., quien es participante (...) acudiente (x) o cuidador (...) del beneficiario(a)/participante, Ithan Gael Gutierrez Cagua, con número de RC 1141383424, de la unidad operativa Jardín Infantil Cofinanciado Pepitos, de la localidad de Engativá, por medio de este documento, expreso de firma libre y voluntaria el desistimiento del traslado al servicio de salud, por medio de la póliza de accidentes personales contratada por la Secretaría Distrital de Integración Social.

Así mismo me comprometo a informar a la entidad, cualquier novedad del estado de salud del participante.

Atentamente,

Nombre: Tania Paola Cagua Franco

Firma: 

Documento de identidad: C.C. 1007249108