

Los campos en color verde deberán ser diligenciados

Los campos en color rojo deberán ser eliminados

Los campos en color azul deberán ser diligenciados de acuerdo con las necesidades específicas

(Ciudad), (Día) de (Mes) de 20XX

Señores:

Dirección de Gestión de Recursos para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación

Avenida Calle 26 número 57 – 83, Torre 8, piso 2

Bogotá D.C.

Asunto: Declinación para acceder como beneficiario a la convocatoria “CONVOCATORIA MISIÓN SOBERANÍA SANITARIA Y BIENESTAR SOCIAL- TERRITORIOS GARANTES DE LA SALUD, 2024”.

Respetados señores,

En representación de una Entidad (Solo podrá ser diligenciado por el representante legal):

En mi calidad de (Diligencie su cargo dentro de la Entidad) de la (Diligencie el nombre de la Entidad a la cual representa), identificada con NIT N°. XXXXXXXXXXXX, me permito presentar la declinación formal para recibir el beneficio derivada de la convocatoria “CONVOCATORIA MISIÓN SOBERANÍA SANITARIA Y BIENESTAR SOCIAL- TERRITORIOS GARANTES DE LA SALUD, 2024”, dentro de la cual se incluyó a la Entidad que represento en el banco definitivo de elegibles/ financiables, aprobado mediante Comité de Gestión de Recursos N° XXX, sesionado el día XXX de XXX de 2024.

Consciente de los efectos que produce este documento, manifiesto la renuncia voluntaria al beneficio que (Diligencie el nombre de la Entidad a la cual representa) fuese a recibir del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y entendemos que no podremos acceder a éste en ningún otro momento.

Cordialmente,

Firma

Nombre del representante legal

Cargo y Nombre de la Entidad a la que representa (Si aplica)

Documento de identificación No.

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico: