

(Fecha)

Señor

(Nombre)

La Ciudad.

**REF: INTERPOSICIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA PARA EL SERVICIO DE
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE).**

Yo, *(Nombre)*, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de *(Ciudad)*, identificado con C.C. *(Número)* de *(Ciudad)*, Médico *(general o especialista en -especialidad, si aplica-)*, con el Registro Médico N° *(Número)*; en cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia C-355 de 2.006, Sentencia T-209 de 2.008, Sentencia T-388 de 2.009, Sentencia T-055 de 2.022, de la Corte Constitucional y Circular 003 de 2.013 de la Superintendencia Nacional de Salud, ante usted interpongo objeción de conciencia, informando que por este motivo me abstengo de brindar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a que hacen referencia las normas citadas, a la vez que solicito la exclusión de mi nombre del respectivo Listado de prestadores/as no objetores/as, que deberá enviarse a la Dirección General de Calidad del Ministerio de Salud y la Protección Social.

La anterior solicitud la hago de manera individual, espontánea, voluntaria, basada en

(Exposición libre y personal de motivos de naturaleza moral o religiosa que sustentan la objeción)

y tiene como único fin evitar obstáculos a las usuarias del servicio como consecuencia del ejercicio que hago de mi derecho de libertad de conciencia protegido por el artículo 18 de la Constitución Nacional, dejando en claro que no tiene implicaciones laborales de naturaleza alguna.

Atentamente,

(Firma)

(Nombre)

Registro médico No. *(Número)*