ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **20213400007203**
Fecha: **14-04-2021**

Bogotá D. C., 14 de abril de 2021

Doctor(a):
LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE
Directora Administrativa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Ciudad

ASUNTO: Respuesta solicitud cambio de supervisión de contratos - 20213200006753

Cordial saludo

Después de revisada su solicitud, me permito informarle que es necesario realizar por parte del supervisor actual, el diligenciamiento del formato *AP-CT-F-30-04-SOLICITUD DE MODIFICACIÓN CONTRACTUAL,* para el respectivo cambio de supervisor

Sin otro particular

Atentamente,

CARLOS HUMBERTO AGÓN LLANOS
Director de Contratación (e)
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Gloria Acosta Cortes	Secretaria Ejecutiva	
Proyectado por	Enrique Páez Falla	Profesional Especializado	
Aprobado por:	Carlos Humberto Agón Llanos		
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para la firma			