SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	***RAD_S***
Fecha:	***F_RAD_S***
Dependencia	*DEPENDENCIA* *Grupo de Reembolsos y Afiliaciones*
Expediente	**

MEMORANDO

Bogotá,

PARA: **Laura Elena Puentes Cortes**, Cargo

Grupo Gestión Documental

DE: *FUNCIONARIO*, Cargo

Asunto: ***ASUNTO***

Referenciado: *Autorización pago del mes de mayo de 2021 contrato No. 98**

Respetada Dra.

En atención a la circular interna del 26 de marzo de 2020 y la circular interna No. 26 del 28 de septiembre de 2020, mediante la cual se anexo y modificó el formato para validación de firmas de supervisores en cuentas de cobro, atendiendo la contingencia presentada por el COVID 19, me permito remitir la autorización para el pago del contrato 098 de 2021, suscrito entre la Superintendencia y Omar David Guzman Bravo, conforme a la siguiente información:

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACION	N° CONTRATO	PERIODO COBRADO	VALOR	No. DE

					FACTURA (cuando aplique)
OMAR DAVID GUZMAN BRAVO	13070660	98	1 al 31 de mayo de 2021	$8.755.000	FEV14

Atentamente,
Simón Bolivar Valbuena
Coordinador Grupo de Reembolso y Afiliaciones
Supervisor Contrato No. 98

${FIRMA}