

Bogotá, 20 de agosto de 2021

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Ciudad

Cordial saludo,

Asunto: Renuncia a OPS

Por medio de la presente me permito comunicar el deseo de no continuar con la renovación del contrato OPS, que tiene vigencia hasta el 30 de agosto del presente.

Esta renuncia tiene efecto a partir del 31 de agosto.

Aprovecho esta oportunidad para agradecer la confianza y el apoyo recibido durante mi permanencia.

Atentamente,


SANDRA LILIANA LUNA FERREZ
C.C 37.325.931
Odontóloga

C. COPIA: Dirección CPAMSM BTA