Bogotá D.C. 23 de septiembre de 2021

**PARA**: Dra. MARTHA YOLANDA RUIZ – Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - Contratante

**DE**: ANDRÉS FELIPE ORTIZ SILVA C.C. 1136883698
Contratista prestación de Servicios

**REFERENCIA: CARTA DE TERMINACION DE CONTRATO**

Nombre: Andrés Felipe Ortiz Silva

Cargo: Psicólogo

Respetada Dra. MARTHA YOLANDA RUIZ reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito solicitar la terminación del contrato 1170-2021 de prestación de servicios profesionales de psicología a partir del 26 de septiembre del 2021, agradezco su atención y colaboración.

**Cordialmente.**



FIRMA _____
C.C. No. 1.136.883.698
TELEFONO 3154221160
DIRECCION Calle 6 #78c - 63 BARRIO Pio 12
E-MAIL Psi.felipeo@gmail.com