30 DE SEPTIEMBRE del 2021

Doctora
MARTHA YOLANDA RUIZ VALDEZ
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Calle 9 No.39-46
Teléfonos-7-56-05-05
Ciudad.

REFERENCIA: TERMINACIÓN DEFINITIVA DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.6760 - 2021.

Respetada doctora ***MARTHA YOLANDA RUIZ VALDEZ,*** *reciba un cordial saludo, me permito solicitar la terminación definitiva del contrato de Prestación de Servicio No* ***6760-2021****, cuyo objeto es REGENTE DE FARMACIA_a partir del 15 de OCTUBRE del año en curso.*

La anterior solicitud obedece a situaciones de fuerza mayor que me impiden la ejecución del contrato en mención.

Agradeciendo la valiosa colaboración y comprensión a la presente.

Cordialmente.

_____

Nombre:CRISTIAN ALBERTO GALINDO MUÑOZ
CC. ***1018416348***
E-MAIL: CAGM_0412@HOTMAIL.COM
Celular: 3134913471

VoBo. _____

Nombre del líder
(líder asistencial) Supervisor del contrato.