Red No. 2018-422-044055-2
Fecha: 2018-10-08 12:54 - Us 1024598022
Destino: GERENCIA
Remitente: ADRIANA LOZANO
Asunto: INFORMAR REINTEGRO APARTIR DEL 11 DE OCT
Folios: 1 Anexos: 2
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO

Santafé de Bogotá D.C., Octubre 08 de 2018

Doctora

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO

Gerente

Sub red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

La Ciudad

Respetada Doctora:

Reciba un cordial saludo, deseando éxitos en sus labores diarias. Por medio de la presente me permito informar sobre mi reintegro a partir del 11 de octubre del año en curso, dando continuidad al contrato 0692-2018 esto teniendo en cuenta la finalización de la licencia de maternidad y una incapacidad médica (anexo copia).

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes, agradezco el tiempo y la colaboración prestada. Atenta a comentarios.

Atentamente,

Adriana Lozano P

ADRIANA LOZANO PEREZ

CC 53041016

Odontologa – Espacio Educativo

Cel. 3103342051

E mail: dra.adrianalozano@gmail.com