PARA	FECHA	*12*	*12*	*2023*
COORDINADORA SALUD PUBLICA ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE	**ASUNTO**			
	NOTIFICACIÓN DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN CONTRATO			

INSTRUCCIONES	
ADJUNTO A LA PRESENTE ME PERMITO ENVIAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:	
CONTRATO Nº	575-2023 Suscrito con **JOMAIRA BENEDICTA GAONA ORDOÑEZ**
OBJETO	Con la presente me permito informarle que ha sido designada por esta gerencia como supervisora del contrato **575-2023, cuyo objeto es:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERA DENTRO DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES del municipio de **PUERTO SANTANDER**

ANA MARIA PEREZ RAMIREZ
GERENTE ESE HRN