Bogotá D.C ___22__ de ___octubre___ del ___2024____

Doctora
DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ
SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (E)
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Calle 9 No.39-46 Bogotá

REFERENCIA: SOLICITUD DE TERMINACIÓN BILATERAL DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 6202-2024

Respetada doctora **DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ**, reciba un cordial saludo, me permito solicitar se estudie la posibilidad de dar por terminado de forma bilateral la orden de Prestación de Servicio No. 6202-2024, cuyo objeto es: : Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional y en el marco del Convenio Interadministrativo No. 6598244 de, a partir del _____04 de octubre de 2024_____.

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.

Tatiana Rodriguez
_____
NOMBRE: Tatiana Paola Rodríguez Rodríguez
C.C. 1.022.977.462
Tel: 3027469039

VoBo._____
ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
COORDINADORA DE CONVENIO
CC. 52816389

VoBo._____
BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ
C.C. 2.088.182
Directora Gestión del Riesgo en Salud