

13 DE ENERO DEL 2025

Doctora

DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ

Subgerente de servicios de salud

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Calle 9 No.39-46

Teléfonos-7-56-05-05

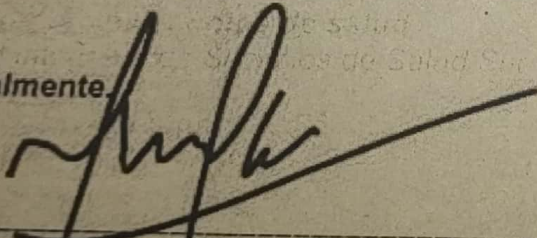
Ciudad.

REFERENCIA: TERMINACION DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 5467-2024

Respetada doctora **DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ**, reciba un cordial saludo, me permito solicitar terminación del contrato de Prestación de Servicio No 5467-2024 cuyo objeto es: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** a partir del 05 de julio del 2024.

Agradeciendo la valiosa colaboración y comprensión a la presente.

Cordialmente,



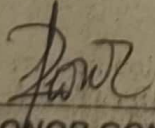
Nombre: **LEIDY JOHANA OVALLE QUITORA**

CC. 1019109752

E-MAIL: joanitaovalle280817@gmail.com

Celular: 3104958491

VoBo.


DRA ROSSI LEONOR GONZÁLEZ GONZALES
SUPERVISORA ENCARGADA