



Quibdó, 6 de noviembre de 2025

Doctor  
**MARQUÍÑO ANDRÉS RENTERÍA ORTIZ**  
Oficina de Jurídica y Contratación  
Nueva ESE HDSFA

**Asunto:** Solicitud de realización de contrato

Cordial saludo.

Comendidamente me dirijo a usted, con el fin de hacer entrega de los documentos, insuficiencia de recurso humano, CDP, Estudios previos, hoja de vida, del siguiente personal, para que se realicen los trámites correspondientes a su contratación.

NOMBRE	CARGO
VILMA DORIS PEREA MOSQUERA	AUX. FARMACIA

Atentamente,

Leiner Yamil Palacios Mosquera  
MÉDICO  
C.C: 1077444823  
R.M: 1077444823  
**LEINER YAMIL PALACIOS MOSQUERA**  
Subgerente asistencial  
Nueva ESE HDSFA

*Palacios Mosquera*  
5202-11-17  
mbso:q