Bogotá D.C. 03 de julio de 2020

Señor:

Omar Benigno Perrilla

Gerente

Subred Integrada de salud suroccidente

Copia:

Sandra Tafur

Líder Facturación

Ref. solicitud suspensión de contrato

Yo Claudia Marcela Gaona Pedraza identificada con CC 53135681 hago la solicitud por medio de la presente de la suspensión del contrato OPS que tengo con ustedes por 15 días calendario, del 1 al 15 de julio del año en curso, ya que tengo una situación familiar que tengo que atender durante estos días.

Agradezco su atención y colaboración prestada.

Cordialmente,

Claudia Marcela Gaona Pedraza

Cel 3227304300

Correo, chiquismarce33@gmail.com