

 E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	DECISION DE CONTRATACION		Código: AYF-CON-for-002
			Versión: 6
			Actualización: 05/09/2025
			Página 1 de 1

50-44.10

La Cumbre Valle, xx de xxxxx de xxxx

Señor:

JEFE DE OFICINA ASISTENCIAL

ESE Hospital Santa Margarita

Cordial saludo.

Acorde a estudio de conveniencia proyectado el xx de xxxxxxx de xxxx, solicito **realizar el contrato de prestación de servicios No. xxx-xx-xx-xxx del xxxx a xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**, Colombiano mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° xxxxxxxxxxx expedida en xxxxxxxxxxx (V),, por valor de **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx MCTE (\$\$\$\$\$)**, que se cancelará a la contratista, previa presentación del informe de supervisión y la presentación del pago de la Seguridad Social, se anexa Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. xxx del xxxx.

Agradezco la atención a la presente solicitud.

Cordialmente,

Gerente

ESE. Hospital Santa Margarita