

 Red Salud Armenia PÁ CUIDAR DE TODOS	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ARMENIA QUINDÍO NIT. 801001440-8</b>	Código: ES-JU-FO-022 Versión: 1 Fecha de elaboración: 28/10/2024 Fecha de revisión: 28/10/2024 Página: 1 de 1
--	---	---

<b>Nombre del Documento:</b>	Formato Autorización Descuento Estampillas	<b>Unidad Administrativa:</b>	Oficina Asesora Jurídica
------------------------------	--	-------------------------------	--------------------------

Armenia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Señores  
**Red Salud Armenia E.S.E**

**Asunto:** Autorización Descuento de Estampillas

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Manifiesto, que es mi voluntad permitir a Red Salud Armenia E.S.E. realice los respectivos descuentos por concepto de estampillas al contrato que se pretende celebrar con la entidad:

Pro-desarrollo     Pro-hospital     Pro-cultura     Pro-bienestar del adulto mayor

Que se lleguen a causar con ocasión del contrato de:

Prestación de Servicios Apoyo a la Gestión     Prestación de Servicios Profesionales

Contratos de Obra     Contratos de Consultoría

Compra Venta y/o Suministros     Arrendamiento

Otro

Especificar cual: \_\_\_\_\_

Atentamente;

**FIRMA  
C.C.**