

	<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:

<input type="checkbox"/> Prestación de Servicios Apoyo a la Gestión	<input type="checkbox"/> Prestación de Servicios Profesionales
<input type="checkbox"/> Contratos de Obra	<input type="checkbox"/> Contratos de Consultoría
<input type="checkbox"/> Compra Venta y/o Suministros	<input type="checkbox"/> Arrendamiento
<input type="checkbox"/> Otro	

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

Atentamente;

\_\_\_\_\_  
**FIRMA  
C.C.**