

Asunción, 21 de Agosto de 2025

Señora
Ing. Diana Fernandez
Dirección Unidad Operativa de Contrataciones
Defensoria del Pueblo
Presente

Referencia: Contestación Nota CUOC N° 06/2025

Me dirijo a Usted, en nombre y representación de la firma Santa Clara S.A. Medicina Prepaga, para manifestar cuanto sigue:

Que expresamos nuestra conformidad para realizar la ampliación de la cantidad máxima del contrato Nro. 05/2024 Contratación de Seguro Médico para funcionarios de la Defensoria del Pueblo, por 2 (dos) meses en las mismas condiciones y precio unitario mensual.

Sin otro particular, me despido muy atentamente.

p/ Santa Clara S.A. Medicina Prepaga

