Bogotá D.C. 02 de Diciembre de 2021

Doctora.
**LILIANA MARCELA RODRIGUEZ MORENO**
Subgerente Corporativa
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos7560505
Ciudad.

**REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA**

Nombre: CLAUDIA PATRICIA CRUZ ACOSTA

Cargo: APOYO ADMINISTRATIVO FACTURADOR URGENCIAS II – AUTORIZADOR

Respetada Doctora Victoria Eugenia Martínez Puello reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

**Cordialmente.**

Claudia Cruz

CC: **1.030.641.425**

**Dirección: Calle 56 h sur n· 89 –87**
**E-mail:** claudia-patricia.24@hotmail.com
***Tel.: 7838323*** **/ Celular : 3022082073**