Bogotá, D.C., 23 Noviembre de 2020

Doctora
OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.
Calle 9 N° 39-46
Teléfonos 7560505
Ciudad

Referencia: Carta de Intención

Nombre: HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA
Cargo: ESPECILISTA EN ANESTESIOLOGIA

Respetado doctor:

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 con los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



FIRMA: _____
C.C. No. 1.140.839.288 DE BARRANQUILLA
Dirección: CALLE 41 A SUR #78-80 TIMIZA/KENNEDY
Email: HCARRASCAL0210@HOTMAIL.COM
Celular: 3042177065