Bogotá, D.C. 20 de diciembre 2.022

Doctora
LILIANA MARCELA RODRIGUEZ MORENO
Subgerente Corporativa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Calle 9na. N° 39 – 46
Teléfono 7- 56 05 05
Ciudad

REFERENCIA : Carta Intención

NOMBRE : CLAUDIA PATRICIA CRUZ ACOSTA
N° C.C. : 1030641425
PERFIL : Apoyo administrativo facturador urgencias II - Autorizaciones

Respetada doctora.

Comedidamente le confirmo mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., para la misma y dar cumplimiento a cabalidad con cada una de las actividades que me sean asignadas de acuerdo a mi perfil. Mediante Orden de Prestación de Servicios y a los términos estipulados en la minuta contractual.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA CRUZ ACOSTA
C.C. 1030641425 de Bogotá
Dirección: Calle 56 h sur # 89 -87
E-MAIL: claudia-patricia.24@hotmail.com
Tel: 3022082073