

Bogotá D.C. 15 de febrero de 2023

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Diagonal 34 No. 5-43 La ciudad

Apreciados Señores:

Por medio de la presente manifiesto mi disponibilidad e intencionalidad de participar en la prestación de servicios de Medicina Cardiovascular que la Fundación Salud realizará en caso de obtener el contrato por la prestación de dichos servicios, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Manifiesto que tengo disponibilidad de tiempo según corresponda a partir de marzo 2023, para la realización de dichas actividades.

Manifiesto así mismo que cumplo y pueden verificar todos los requisitos de certificaciones y demás documentos habilitantes para la prestación del servicio de mi competencia.

Cordialmente,


Lilia Aurora Avendaño
CC.No. 52.392.001 de Bogotá
Tel. 314 3828144

Bogotá D.C. 15 de febrero de 2023

Señores.

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E y Fundación Salud
Ciudad

Asunto: Verificación del Título

YO **Lilia Aurora Avendaño** autorizo mediante el presente documento para que se gestione y obtenga la verificación de los títulos académicos los cuales me fueron otorgados, para lo que estimen pertinente.

Cordialmente,


Lilia Aurora Avendaño
CC.No. 52.392.001 de Bogotá
Tel. 314 3828144