Bogotá D.C. 15 de agosto de 2024

Doctora.
SANDRA MILENA ROZÓ MATEUS
Sugerente de Prestación de Servicios.
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfono 7560505
Ciudad.

REFERENCIA: **CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE: **DIANA PATRICIA ARCINIEGAS BELTRAL – CC 1.016.006.327**
PERFIL: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Respetada Doctora **Sandra Milena Rozó Mateus** 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.



DIANA PATRICIA ARCINIEGAS BELTRAL
CC 1.016.006.327

Dirección: **Cra 135 # 17-84 Apt 201 Int 6**
E - mail: **ana.zoid1987@hotmail.com**
Teléfono: **Celular : 3105806148**