Bogotá D.C. 18 de Octubre 2024

Doctora.
DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ
Subgerente Servicios de Salud
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos7560505
Ciudad.

REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA

Nombre: **LIZ ADRIANA DIAZ CUEVAS**

Perfil: **HIGIENISTA ORAL**

Respetada Doctora Diana Milena Mendivelso Díaz 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.

CC: _____

Dirección: DG 2 # 64 A 65

E-mail: lizadridc@gmail.com

Teléfono: 5510335

Celular: 3133774044.