Bogotá D.C. Octubre 01 de 2025

Doctora.
BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES
Subgerente de Prestación de Servicios de Salud
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos 601 7560505
Ciudad.

REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA

Nombre: **ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO – C.C. 1.018.466.069**
Perfil: **MEDICO GENERAL**

Respetada **DOCTORA BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES**, 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.



ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO
C.C. No 1.018.466.069 de Bogotá D.C.

Dirección **Calle 67d No 62 – 39**
E-mail: **andfigueroa@uan.edu.co**
Teléfono: **Celular: 304 6016387**