**Bogotá D.C. Octubre 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: CARLOS DANIEL OTERO BUITRAGO – C.C. 79.517.304
Perfil: **CONDUCTOR DE AMBULANCIA - APH**

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.**



**CARLOS DANIEL OTERO BUITRAGO**
**C.C. No 79.517.304 DE BOGOTA D.C.**

**Dirección** **Diagonal 44 b sur No 21 – 08**
**E-mail:** **carlosdanielob@gmail.com**
**Teléfono:** **Celular: 312 4732541**