Bogotá D.C. Octubre 01 de 2025

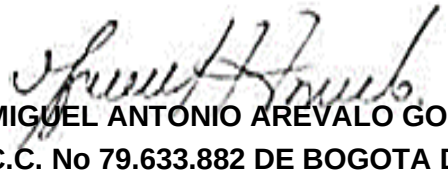
Doctora.
BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES
Subgerente de Prestación de Servicios de Salud
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos 601 7560505
Ciudad.

REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA

Nombre: **MIGUEL ANTONIO AREVALO GONZALEZ**
Perfil: **CONDUCTOR DE AMBULANCIA – ATENCION PRE HOSPITALARIA**

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.



MIGUEL ANTONIO AREVALO GONZALEZ
C.C. No 79.633.882 DE BOGOTA D.C.

Dirección **Carrera 93ª No 49f 23 sur**
E-mail: **arevalo-1971@hotmail.com**
Teléfono: **Celular: 310 3877673**