Bogotá D.C.23 de enero del 2026

Doctora.
**LUCIA MORA**
Subgerencia De Prestación De Servicios De Salud (e)
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos7560505
Ciudad.

**REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA**

Nombre: DEISY LORENA LEAL RODRIGUEZ

Perfil: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetada Doctora Lucia Mora 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.**

Deisy lorena leal R.

CC**: 1.090.463.987**

**Dirección: Calle 54c sur # 98b - 05**

**E-mail:** deisylorenaleal05@gmail.com

**Teléfono:** **Celular: 3118891341**