Bogotá D.C. 17 de 03 del 202(6)

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

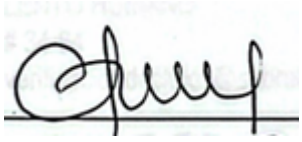
REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA

Nombre: LEIDY JOHANNA ARCILA ECHEVERRY

Perfil: AUXILIAR DE FARMACIA

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.



CC**: 53155288**

Dirección: KR 14ESTE # 62 - 61

E-mail: leidyarcilalove@gmail.com

Teléfono: **Celular: 3206427096**