Bogotá D.C. 07-05-2026

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

**REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA**

Nombre: KAROL DYANE MUÑOZ HERNANDEZ.

Perfil: GESTOR EN LINEA MBH

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**: 1013605950.**

**Dirección: CALLE 58 C SUR 23 D 56 SUR**

**E-MAIL:** karolmunozhernandez27@gmail.com

**Teléfono:** **Celular: 3213065160**