Bogotá D.C. Diciembre 11 de 2020

Doctor.
OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
Gerente.
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos7560505
Ciudad.

REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA

Nombre: Silvio Fabian Barreiro Vega

Cargo: Apoyo administrativo Facturador de Urgencias II

Respetada Doctor OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS 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.



FIRMA _____
C.C. No. 83093422
TELEFONO 3043660103
DIRECCION Dg 6 D sur 9 A 28 Este
BARRIO La Roca
E-MAIL fabian5267@gmail.com