Bogotá D.C., 14 de diciembre de 2020

Doctor.
OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
Gerente
Calle 9 No. 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE
Teléfono: 7560505
Ciudad.

REFERENCIA: **CARTA DE INTENCION DEL CONTRATISTA**

Nombre: **Luis Ernesto Abril Arévalo**

Perfil : **Auxiliar Administrativo I**

Respetado 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 ha bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente 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,

c.c. 79.123.832 Bogotá.

Dirección: DG 15 A 99 A 30 Apto 102 BL-8
E-mail: luisern2001@hotmail.com
Tel:7893209 Celular: 3173146692