Bogotá D.C. FECHA

23/ NOVIEMBRE /2020

Doctor.
OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
Gerente.
Calle 9 No 39-46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfonos 7560505
Ciudad.

REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA

Nombre: MARIELA GIRALDO QUIROZ

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 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.

mariela giraldo Quiróz

CC: 29.233.297.

Dirección: DIAGONAL 15A # 99A -30 ZONA FRANCA FONTIBON

E-mail: masers-lesmes@hotmail.com

Tel.: _____ / Celular: 3146114711

Scanned by TapScanner