Bogotá D.C. 04/08/2026

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.

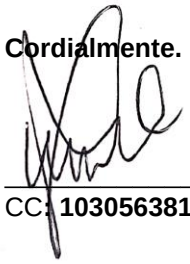
**REFERENCIA: CARTA DE INTENCIÒN DEL CONTRATISTA**

Nombre: Wilson Castiblanco Guerrero

Perfil: Dermatólogo

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: **1030563814**

**Dirección:** Calle 62 B Nº 87 n 63 Sur, Bosa La Libertad

**E-mail:** wilsoncastiblancog@gmail.com

**Teléfono: 7841959** **Celular: 3137361046**