

Bogotá, D.C.

Doctor

OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS

Gerente

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Calle 9 No. 39 -46

Teléfono 7560505

Ciudad

REFERENCIA: CARTA DE INTENCION AFILIACION A FONDO DE PENSIONES
PROTECCION

Respetado Doctor OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de afiliación por parte de ustedes a el FONDO DE PENSIONES PROTECCION de 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,


C.C. No.

1010049921

Dirección:

E-mail:

Tel.:

/ Celular:

