Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**ACEPTACIÓN DEL PERFIL – CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-TH-F-110-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	PÁGINA: **1** DE **2**
		FECHA: 10/09/2021

FECHA: _25_/_07_/_22_

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Ciudad

Asunto: Aceptación de condiciones del perfil para contrato de prestación de servicios

Mediante la presente me permito confirmar que he sido notificado de las condiciones contractuales que conlleva el perfil de *auxiliar de enfermería,* para el servicio de *hospitalización* como lo son: tipo de contrato, honorarios, obligaciones y condiciones de ejecución, así como las consecuencias de su incumplimiento.

Frente a lo cual manifiesto mi interés y aceptación, por ende, me comprometo a ejercer y cumplir a cabalidad con lo indicado en el proceso de vinculación.

Agradezco su confianza

Cordialmente,

Nombre: Yennieth Farfán Velásquez

Firma: _____

Identificación: C.C 52193850

Celular: 3213899499