

	<b>ACEPTACIÓN DEL PERFIL – CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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 1
		FECHA: 10/09/2021

**FECHA: 02/05/2022**

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 **Médico Psiquiatra**, para el servicio de **Dirección de Servicios Hospitalarios** 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:** Rafael Antonio Muñoz

**Firma:**



**Identificación:** 1016009605

**Celular:** 3167154392