

	ACEPTACIÓN DEL PERFIL – CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-TH-F-110
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 10/09/2021

FECHA: 18 01 23

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 como lo son: tipo de contrato, honorarios, obligaciones 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 cumplir a cabalidad con lo indicado en el proceso de vinculación.

Agradezco su confianza

Cordialmente,

Nombre: Luisa Mapa Reyes
Firma: [Firma manuscrita]
Identificación: cc 1030555870 de B.A.
Celular: 3197096415