

	ACEPTACIÓN DEL PERFIL – CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-TH-F-110-01
	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: _____

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 Medico, para el servicio de Gestión Riesgo 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: Edward Styler Zúya

Firma: _____

Identificación: 1013669963

Celular: 3204117743