

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

**FECHA:** 09 Febrero - 2023

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 *equipos de atención en casa* 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:**

Diana Carolina

**Firma:**

Diana Carolina Peña Rodríguez

**Identificación:**

1014250307

**Celular:**

3015704495