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 1
		FECHA: 10/09/2021

Bogotá, mayo 24 - 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 ***Odontóloga especializada***, para el servicio de **Gestión del 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: Diana Constanza Villamizar González

Firma: _____

Identificación: CC 52.833.672

Celular: 3103298923

Escaneado con CamScanner