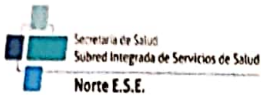


| | | |
|---|--|------------------------|
|  | ACEPTACIÓN DEL PERFIL – CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-TH-F-110-01 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 10/09/2021 |

FECHA: 26/09/2022

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 **Auxiliar de Enfermería**, para el servicio de **Dirección 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: Paola Dayana Diaz Ruiz

Firma: 

Identificación: 1013660895

Celular: 3212111667