FECHA 22/10/2022

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: SANDRA MILENA GARCIA LOZANO

Firma: Sandra Garcia

Identificación: 65707027

Celular: 3203801834