

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

**FECHA: 11/04/2023**

Señores  
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E**  
Ciudad

**Asunto:** Aceptación de condiciones del perfil para contrato de prestación de servicios

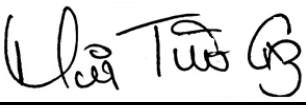
Mediante la presente me permito confirmar que he sido notificado de las condiciones contractuales que conlleva el perfil de *AUXILIAR DE ENFERMERIA*, para el servicio de *HOSPITALIZACIÓN* como lo son: tipo de contrato, honorarios, obligaciones y condiciones de ejecución, así como las consecuencias de 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:** MELIDA TIERRADENTRO CRUZ

**Firma:** 

**Identificación:** 1.023.868.686

**Celular:** 3104695333