

	<b>ACEPTACIÓN DEL PERFIL – CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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: 24/01/2023**

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 HOSPITALIZACION 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:** Luisa Fernanda Castillo Roncancio

**Firma:** 

**Identificación:** 1032406340

**Celular:** 3015792946