

	<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: <b>3 DE 4</b>
		FECHA: 10/09/2021

**FECHA: 11/05/2023**

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 **PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 - ENFERMERO (A)**, para el servicio de **Dirección Gestión del Riesgo en Salud**, 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: **GINA PAOLA TIJARO CONTRERAS**



Firma:

Identificación: **1012372417**

Celular: **312 4302698**

Calle 66 # 15-41  
dircontratacion@subrednorte.gov.co  
Tel.:4431790Ext.1036  
Nit: 900971006-4