FECHA: 15/05/2023

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

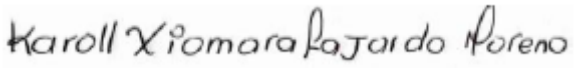
Asunto: Aceptación de condiciones del perfil para contrato de prestación de servicios

Mediante la presente me permito confirmar que he sido notificado de las condiciones contractuales que conlleva el perfil de **Auxiliar de Enfermeria**, 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: **KAROLL XIOMARA FAJARDO MORENO**

Firma: 
Identificación: **52472635**
Celular: **3118942409**