

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ACEPTACIÓN DEL PERFIL – CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-TH-F-110-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		VERSIÓN: 1
			PÁGINA: 1 DE 1
			FECHA: 10/09/2021

FECHA: 23/08/2023

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 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: Lina Paola Castro Romero

Firma: *Lina Castro*

Identificación: 1.000.723.267

Celular: 3204202511