

DE FECHA:	DÍA:	MES:	AÑO:
-----------	------	------	------

DOCTOR (A):
ADRIANA MARIA CORDOBA ISAZA
DIRECTORA DE TALENTO HUMANO
ESE METROSALUD

YO, _____

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO:	DE:
---	-----

POR MEDIO DE LA PRESENTE COMUNICACIÓN ME PERMITO MANIFESTAR QUE :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ACEPTO</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">SI:</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO:</td> </tr> </table>	ACEPTO		SI:	NO:
ACEPTO					
SI:	NO:				

EL NOMBRAMIENTO EN:

PERIDO DE PRUEBA	<input checked="" type="checkbox"/>
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN	<input type="checkbox"/>
PROVISIONALIDAD	<input type="checkbox"/>
ENCARGO	<input type="checkbox"/>

PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES EN EL EMPLEO DENOMINADO:

DENOMINACIÓN DEL EMPLEO:	CODIGO
--------------------------	--------

NOMBRAMIENTO QUE SE ME HIZO MEDIANTE RESOLUCIÓN NUMERO

DE FECHA:	DÍA:	MES:	AÑO:
-----------	------	------	------

FIRMA:
CEDULA DE CIUDADANIA:
CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO DE CONTACTO: _____

GUIA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA: Diligencie la fecha en la cual se encuentra diligenciando este formato.

YO: En esta casilla debe registrar los apellidos y nombres completos de quien diligencia este formato

IDENTIFICACIÓN: Diligencie el numero de documento de identidad (cédula de ciudadanía) de quien diligencia este formato

ACEPTACIÓN: Lea con atención y señale con una X si ACEPTA o no el nombramiento el cual se le ha notificado previamente.

CLASE DE NOMBRAMIENTO: Debe marcar con una X su tipo de nombramiento (Periodo de Prueba)

DENOMINACIÓN DEL EMPLEO: En esta parte debe registrar los datos consignados en la resolución de nombramiento, tales como: denominación del empleo, con el respectivo codigo y grado.

RESOLUCIÓN: Se deben registrar los datos consignados en la resolución de nombramiento tales como: el numero y la fecha de expedición de la mencionada resolución.

FIRMA: Registre la firma de la persona que esta diligenciando este formato

No. DE IDENTIFICACIÓN: Diligencie el numero de documento de identidad (cédula de ciudadanía) de quien diligencia este formato

NOTAS

1. Para que este formato tenga validez debe venir firmado y diligenciado en su totalidad
2. Diligencie este formato en letra legible sin borrones ni tachones
3. Este formato se debe escanear una vez se encuentre diligenciado en su totalidad y remitirlo al correo electronico convocatoria426@metrosalud.gov.co