



CONVENIO CARTA DE BUENA SALUD



(Nombre de la región) Coyoacán, (Estado) Ciudad de México, México,
a 05 / marzo / 2020

Dirección General de Recursos Humanos y Financieros

P r e s e n t e.

El que suscribe C. Jaime Osvaldo Islas Farias, Con
No. De INE /IFE: 1886082844502, Prestador(a) de servicio
de honorarios en la Universidad Nacional Autónoma de México, manifiesto bajo
protesta de decir verdad, que gozo de buena salud, que no padezco algún tipo de
enfermedad que limite, afecte o intervenga en el desempeño de mis funciones en el
presente proyecto, por lo que en consecuencia me obligo a respetar las medidas de
seguridad y sanitarias, así como a guardar el debido comportamiento dentro del
área de trabajo.

Extendiendo la presente y ratifico las manifestaciones contenidas en este
documento y quien firma al calce como constancia.

A T E N T A M E N T E

C. Jaime Osvaldo Islas Farias

FIRMA