



CONVENIO CARTA DE BUENA SALUD



(Nombre de la región) _____ (Estado) _____ México,
a ____/____/2020

Dirección General de Recursos Humanos y Financieros

P r e s e n t e.

El que suscribe C. _____, Con
No. De INE /IFE: _____, 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. _____

FIRMA