**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

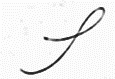
P r e s e n t e.

El que suscribe C. \_Jaime Osvaldo Islas Farias\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Con No. De INE /IFE: \_\_\_\_\_\_\_1886082844502\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prestador(a) de servicio de honorarios en la Universidad Nacional Auntonóma 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