Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACCESO A LOS REGISTROS DE LOS COLABORADORES	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

Yo (nombre del colaborador) Eimar Bejarano R. Identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de contratista, autorizo al área de Talento Humano, líderes de proyecto, entes de control tanto internos como externos y Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E para que tengan acceso a mis registros de carpeta de contratación con fines informativos y de verificación en el momento en que se requiera.

Eimar Bejarano Rincón

NOMBRE

CEDULA C.C 79.749.021 Bta

Bogotá

Colegio Distrital Sorrento

Respetados Señor@s

Asunto: Autorización de Verificación de Información

Cordial Saludo

El motivo de esta carta es para Autorizar la verificación de información de los documentos entregados, para el cargo a cual me estoy presentando yo EIMAR BEJARANO RINCÓN identificado con Cedula de Ciudadanía No 79.749.029 de Bogotá autorizo que la información suministrada y diligenciada de los documentos entregados son en su totalidad verdaderos y legales para su verificación

Muchas Gracias.

Atentamente:

Eimar Bejarano Rincón
eimarbejarano78@gmail.com
305-744-41-01