Bogotá D.C 13 de diciembre 2017

Señores:

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Por medio de la presente, yo **ADRIANA CASTILLO NIÑO** identificado con número de documento 52747848, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Adriana Castillo Niño

No. Documento: 52747848 BOGOTA

Teléfono: 3163352949