

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Secretaría de Planeación y Desarrollo Urbano</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 20 diciembre 2017

TECPICO SISTEMAS - SENA

Señores:

Por medio de la presente, yo Luis Jeisson Cubillos Quiroga, identificado con número de documento 1012346278, 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: JEISSON CUBILLOS

No. Documento: 1012346278.

Teléfono: 3103548878.