ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. SALUD	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 de 2017

Señores:

INSTITUTO TRIANGULO

Por medio de la presente, yo MARIO ANDRES MARTIN SALAZAR Identificado con número de documento 80879556 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,

MARIO ANDRES MARTIN SALAZAR

C.C. 80879556

Cel. 3124046823