ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ 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 11/12/17

Señores:

Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Por medio de la presente, yo ROBINSON JAVIER PEREZ AZUERO , identificado con número de documento 1.033.720.771, 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: Robinson Javier Perez Azuero

No. Documento: 1.033.720.771

Teléfono: 3133812660