ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C __19 DE DICIEMBRE 2017_____

Señores:

___UNIVERSIDAD DEL TOLIMA_____.

Por medio de la presente, yo _OSCAR EDUARDO TORO TRONCOSO_____, identificado con número de documento _93.299.533___, 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,

Oscar E. Toro T.

Nombre: OSCAR EDUARDO TORO TRONCOSO

No. Documento: 93.299.533

Teléfono: 3228017516