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 07-09-2021

Señores:

Colegio Tecnico Tomas Rueda Vargas

Por medio de la presente, yo William Salvador Hernandez, identificado con número de documento 1.023.894.182, 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: William Salvador Hernandez Abondano

No. Documento: 1.023.894.182

Teléfono: 305-7937228

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 07-09-2021

Señores:

Fusdesq

Por medio de la presente, yo William Salvador Hernandez, identificado con número de documento 1.023.894.182., 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: William Salvador Hernandez Abondano

No. Documento: 1.023.894.182.

Teléfono: 305-7937228