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 13/12/2017

Señores:

Colegio Jaime Garzon sede Aures

Por medio de la presente, yo DAGO ALEJANDRO IBAÑEZ QUINTERO, identificado con número de documento 1.032656325, 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: DAGO ALEJANDRO IBAÑEZ QUINTERO

No. Documento: 1032656325

Teléfono: 310 3097981