

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		 BOGOTÁ
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V2	

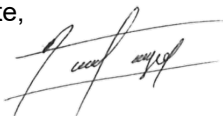
Bogotá D.C. 12/12/2021

Señores:

LEPANTO

Por medio de la presente, yo ENGAR AUGUSTO CASAS CAÑON, identificado con número de documento 80528063, 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,



Firma

Nombre **ENGAR AUGUSTO CASAS CAÑON**

No. Documento: **80528063**

Teléfono: **3045823239**



Huella