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 DICIEMBRE 27 DE 2017

Señores:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Por medio de la presente, yo DIEGO ALEJANDRO CORTES MELO, identificado con número de documento 80.242.190, 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: DIEGO ALEJANDRO CORTES MELO

No. Documento: 80.242.190

Teléfono: 310 852 77 89