

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Subred Integrada de Servicios de Salud</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 12 / diciembre / 17

Señores:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Por medio de la presente, yo Jorge Eduardo Chaves Castillo, identificado con número de documento 1024498929, 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: Jorge Eduardo Chaves Castillo

No. Documento: 1024498929

Teléfono: 301 235 9707