Bogotá D.C _____

Señores:

_____.

Por medio de la presente, yo _____, identificado con número de documento _____, 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:

No. Documento:

Teléfono: