

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Oficina de Planeación y Desarrollo Urbano</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

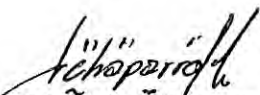
Bogotá D.C 11 de Diciembre de 2017

Señores:

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

Por medio de la presente, yo John Jairo Chaparro Muñoz, identificado con número de documento 80167446, 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: John Jairo Chaparro Muñoz

No. Documento: 80167446

Teléfono: 3143033803