

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

Bogotá D.C. AGOSTO DE 2019

Señores:

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUR E.S.E

Por medio de la presente, yo Jose miguel Tovar Ariza , identificado con número de documento 72268157, 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,



JOSE MIGUEL TOVAR ARIZA

No. Documento: 72.268.157

CORREO: jose_migueltovar@hotmail.com

Teléfono: 3016097667