

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

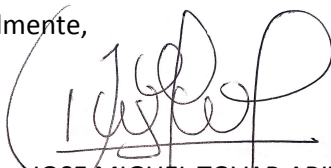
Bogotá D.C,

Señores:

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

Por medio de la presente, yo JOSE MIGUEL TOVAR ARIZA identificado con número de documento 72.268.157, 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: JOSE MIGUEL TOVAR ARIZA

No. Documento: 72.268.157

Telefono: 301-6097667