

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

Bogotá D.C 15-12-2017

Señores:

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

Por medio de la presente, yo EDWIN JAVIER BERMUDEZ GAMBA, identificado con número de documento 79219904 , 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: EDWIN JAVIER BERMUDEZ GAMBA

No. Documento: 79219904

Teléfono: 3219656698