

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

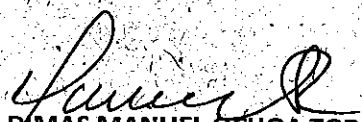
Bogotá D.C. 12 de Diciembre de 201

Señores:

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

Por medio de la presente, yo **DIMAS MANUEL OCHOA TORRES**, identificado con número de documento 4.153.678 de Hato Corozal - Casanare, 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,



DIMAS MANUEL OCHOA TORRES
C.C. 4.153.678 de Hato Corozal- Casanare
Teléfono: 315 266 19 60