

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	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 William Alberto Beltrán Molano, identificado con número de documento 80.831.492, 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,

William Beltran Molano.

Nombre: WILLIAM ALBERTO BELTRAN MOLANO

No. Documento: 80.831.492

Teléfono: 3144518966

