ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C 19 de Diciembre de 2017

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

Por medio de la presente, yo Maria Helena Naranjo Pulido, identificado con número de documento 52966215, 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: Maria Helena Naranjo Pulido

No. Documento: 52966215

Teléfono: 3133788872