

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

Bogotá D.C DICIEMBRE 15 DEL 2017

Señores: **APLICA PARA TÉCNICOS Y PROFESIONALES, DEBEN COLOCAR LOS DATOS DE LAS INSTITUCIONES DONDE REALIZARON LOS ESTUDIOS**

Por medio de la presente, yo LAURA ESPERANZA REYES ALARCON , identificado con número de documento 52.857.389, 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: LAURA ESPERANZA REYES ALARCON

No. Documento: 52.857.389

Teléfono: 3003794050