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

Bogotá D.C 20 DICIEMBRE - 2017

Señores:

EL COLEGIO DEL MAGISTERIO DE CUNDINAMARCA.

Por medio de la presente, yo MARIA DEL CARMEN GUASCA, identificado con número de documento 51.721.884, 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 DEL CARMEN GUASCA

No. Documento: 51.721.884 BTA

Teléfono: 2771531 3117328463