ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ 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 Diciembre 12 - 2017

Señores:

SENA

Por medio de la presente, yo Luz Myriam Alvarez R., identificado con número de documento 1013578229, 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, Luz Myriam Alvarez R.

Nombre: Luz Myriam Alvarez Ramirez

No. Documento: 1013578229

Teléfono: 3132122980