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 11 de diciembre de 2017

Señores:

SUBRED INTEGRDA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Por medio de la presente, yo Yolima Moreno Martínez, identificado con número de documento 39.545.444, 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,

Yolima Moreno Martínez

Nombre YOLIMA MORENO MARTINEZ

No. Documento: 39.545.444

Teléfono: 3144725229