ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA 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. 20 de diciembre de 2017

Señores:

Escuela de auxiliares de enfermería del centro de capacitación de salud UNISALUD

Por medio de la presente, yo MARTHA SLANYE MARIN ALVAREZ_ identificado con número de documento CC 38.286.844 de Bogotá, 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: Martha Solanye Marín Álvarez

No. Documento: 38.286.844

Teléfono: 3112455276