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

Bogotá D.C DICIEMBRE. 13. 2017

Señores:

CENTRO DE FORMACIÓN SENA.

Por medio de la presente, yo NANCY YAHILE VELANDIA VARGAS, identificado con número de documento 1023861.113, 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: NANCY YAHILE VELANDIA VARGAS

No. Documento: 1023861.113

Teléfono: 3002917789.