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

Bogota D.c., Noviembre 2020

Señores:

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Por medio de la presente, yo Lina María Cruz Rodriguez, identificado con número de documento 52707184 Bta, 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: Lina María Cruz Rodriguez

No. Documento: 52707184 Bta

Teléfono: 3231474 - 3012989855