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 Noviembre 1 - 2018.

Señores:

Subred integrada de Servicios de salud Sur.

Por medio de la presente, yo Amanda Pineros Blanco, identificado con número de documento 39 691 675, 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: Amanda Pineros Blanco

No. Documento: 39691 675.

Teléfono: 3124950788.

Scanned by CamScanner