

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. CALLE 193 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</p>	
<p>FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</p>	<p>CO-OPS-FT-07 V1</p>	

Bogotá D.C. 12 OCTUBRE 2018

Señores:

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS

Por medio de la presente, yo STHEFFEN YOUSSEFF RONDON NAVAS, identificado con número de documento 1023 904 715, 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: Stheffen Yousseff Rondon Navas

No. Documento: 1.023.904.715

Teléfono: 3209393375