

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Municipio Mayor del Distrito Especial de Bogotá D.C. 11001</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D. 19 de diciembre de 2017

Señores:

FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA-FUNCA

Por medio de la presente, yo YURANI PAOLA PEÑALOZA HUERTAS identificado con número de documento CC 53.093.967 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: *Yurani Paola Peñaloza*
Yurani Paola Peñaloza Huertas

No. Documento: 53.093.967

Teléfono: 3134520484