ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C _____20 DE DICIEMBRE DE 2017

Señores:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

Por medio de la presente, yo ___AMANDA LEMUS HERNANDEZ_____, identificado con número de documento _52.225.883_____, 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, Amanda Lemus Hernandez

Nombre: AMANDA LEMUS HERNANDEZ

No. Documento: 52.225.883

Teléfono: 3134137729