Bogotá, 18 Marzo 2023

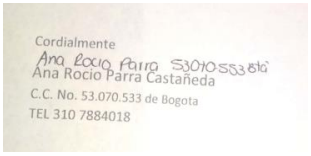
SEÑORES

SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE
Y FUNDACION SALUD
CIUDAD

ASUNTO: VERIFICACION DEL TITULO

***YO* ANA ROCIO PARRA**, *AUTORIZO MEDIANTE LA PRESENTE PARA QUE SE GESTIONE Y OBTENGA LA VERIFICACIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL EL CUAL ME FUE OTORGADO, PARA LO QUE ESTIMEN PERTINENTE.*

Cordial saludo



ANA ROCIO PARRA
TEL: 3107884018