

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD 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 24 de enero de 20019

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Por medio de la presente, yo NATHALY CRISTINA CORAL ESCOBAR, identificado con número de documento 1.032.364.618, 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: NATHALY CRISTINA CORAL ESCOBAR

No. Documento: 1.032.364.618

Teléfono: 3107859995