

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA 1129 Unidad Ejecutiva de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 17/12/2017

Señores:

Colegio Inmaculado Corazon de Maria

Por medio de la presente, yo Yesee Fabian Calderon Alfonso, identificado con número de documento 1012367801, 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: Yesee Fabian Calderon Alfonso

No. Documento: 1012367801

Teléfono: 3106788710