ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V1

Bogotá D.C 3-01-2020

Señores:

Paramedicos E.M.S

Por medio de la presente, yo laura daniela cardona giraldo, identificado con número de documento 1026586009, 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: Daniela cardona

No. Documento: 1026586009

Teléfono: 3016332429