

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

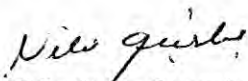
Bogotá D.C 12 de diciembre de 2017

Señores:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Por medio de la presente, yo Nidia Stella Gonzalez Castro, identificado con número de documento 39,794,525, 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: Nidia Stella Gonzalez Castro

No. Documento: 39,794,525

Teléfono: 3214797061