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-07 V1

Bogotá D.C 03 de Enero 2020

Señores:

UNIVERSIDAD LIBRE SEDE BARRANQUILLA

Por medio de la presente, yo Maria del socorro Bocanegra Carbonell, identificado con número de documento 1'140.825.109 de Barranquila, 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: Maria del socorro Bocanegra Carbonell

No. Documento: 1'140.825.109 de Barranquilla

Teléfono: 3006844366

