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 3 Enero 2020

Señores:

Subred Integrado de Servicios de Salud SUR ESE

Por medio de la presente, yo Diana Alejandra Castelblanco C, identificado con número de documento 1014207972, 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: Diana Alejandra Castelblanco Cordero.

No. Documento: 1014207972

Teléfono: 3212643476.