

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

Bogotá D.C. 14/01/2020

Señores:

Universidad Antonio Nariño

Por medio de la presente, yo Diana María Espinosa Gaitan, identificado con número de documento 1018426776, 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 María Espinosa Gaitan

No. Documento: 1018426776

Teléfono: 305 893 3329