

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. 19 DICIEMBRE 2017

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Por medio de la presente, yo NOHORA GUERRERO DIAZ, identificado con número de documento 52.365.612, 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: NOHORA GUERRERO DIAZ

No. Documento: 52.365.612 BTA

Teléfono: 3202544175 / 2652384.