

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

Bogotá D.C. 12 Diciembre, 2017

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

Por medio de la presente, yo Maryl Brigid Marquez Piteros, identificado con número de documento 1023934464, 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: Maryl Brigid Marquez

No. Documento: 1023934464