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 26 Diciembre 2019

Señores:

Colegio Departamental Carlos Giraldo.

Por medio de la presente, yo Martha Bibiana Hernandez Camargo, identificado con número de documento 20370 987, 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: Martha Bibiana Hernández

No. Documento: 20370 987

Teléfono: 312 4214431

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

Bogotá D.C 26 - Diciembre 2019

Señores:

Escuela de Salud San Pedro Clauer.

Por medio de la presente, yo Martha Bibiana Hernandez Camargo, identificado con número de documento 20370987, 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: Martha Bibiana Hernandez

No. Documento: 20 370 987

Teléfono: 312 471 4431