

 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. Mayo 2020

Señores:

Universidad Distrital Francisco José de Caldas

Por medio de la presente, yo Piedad Lorena Castillo Vivanco, identificado con número de documento 1000 577 432, 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: Piedad Lorena Castillo Vivanco

No. Documento: 1000 577 432.

Teléfono: 322 285 6022.