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

Bogotá D.C Diciembre 12 de 2017

Señores:

Sub red Sur.

Por medio de la presente, yo Marisol Ariza Castañeda, identificado con número de documento 52.177.563, 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: Marisol Ariza Castañeda

No. Documento: 52.177.563 Bta

Teléfono: 3 13 341 7252