ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	**CO-OPS-FT-08 V3**

Bogotá D.C Octubre 2024

Señores:

MINISTERIO DE EDUACION NACIONAL

Por medio de la presente, yo Alisson Ximena Sánchez Díaz, identificado con número de documento 1010760689, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para 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.

Título Académico: **MEDICO GENERAL**

Cordialmente,



_____

Firma



Huella

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: Jossie Delgado Salazar
NÙMERO DE CÈDULA: 536305
DIRECCIÓN: transv. 70 D 63- 15
TELEFONO: 3196634858

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.