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 ___05 OCTUBRE 2024_____

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

_____UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES UDCA _____.

Por medio de la presente, yo __MARIA ALEJANDRA BASTIDAS CARTAGENA _____, identificado con número de documento ___1020806467_____, 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 _____

Cordialmente,

_____
Firma
Nombre MARIA ALEJANDRA BASTIDAS C
No. Documento: 1020806467
Teléfono: 3124582018

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.