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 __SEPTIEMBRE 25 DE 2024 _____

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

_____.

Por medio de la presente, yo **ANA MILENA MARTINEZ GARZON**, identificado con número de documento **52904294**, 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: **ODONTOLOGO**_____

Cordialmente,





_____

Firma

Nombre **ANA MILENA MARTINEZ GARZON**

No. Documento: **52904294**

Teléfono: **3103401576**

Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.