| 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 22 Mayo 2020

Señores:

**SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**.

Por medio de la presente, yo **Angie Paola Rodríguez Peñuela**, identificado con número de documento **1019010588**, 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: Angie Paola Rodríguez P.

No. Documento: 1019010588

Teléfono: 3146190798



Scanned by CamScanner