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

Bogotá, 31 de mayo de 2020

Señores:

Universidad Manuela Beltrán.

Por medio de la presente, yo Erica Liceth Ospina Diaz, identificado con número de documento 1033711020, 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, Erica Ospina

Nombre: Erica Ospina Diaz

No. Documento: 1033711020

Teléfono: 3114676778