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

Bogotá D.C __Agosto___

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

_____UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA_____.

Por medio de la presente, yo _GERMAN ALFREDO MORENO CONTRERAS, identificado con número de documento __80425026, 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,

Germán Moreno C

Firma
Nombre GERMAN ALFREDO MORENO CONTRERAS
No. Documento: 80425026
Teléfono: 3134225899

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.