ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E. S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 27 Septiembre/17

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)
Corporacion Universitaria Minuto de Dios.

Por medio de la presente, yo Constanza Garavito Angel, identificado con número de documento 53073741, 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: Bióloga

Cordialmente,

Firma
Nombre Constanza Garavito Angel
No. Documento: 53073741 BTÁ
Teléfono: 3137698783

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.