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

Señores:

Corporación universitaria iberoamericana .

Por medio de la presente, yo Michael Stiven Pulecio Bernal, identificado con número de documento 1001301421 , 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: Fisioterapeuta .

Cordialmente.

Michael P

_____

Firma
Nombre Michael Stiven Pulecio Bernal
No. Documento: 1001301421
Teléfono:3175206595



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.