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 14 enero 2020

Señores:

fundación de socorristas de desarrollo y acción "FUSDESA"

Por medio de la presente, yo liced cristina useche Bustos, identificado con número de documento CC. 1024.491.918, 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: liced cristina Useche Bustos.

No. Documento: 1024.491.918.

Teléfono: 3222009952