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	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C Enero 09 de 2020

Señores: Centro de Juventudes Trabajadoras Hermanas de San Juan Evangelista

Por medio de la presente, yo Ana Maria Viana Solorza, identificado con número de documento 52103524, 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: Ana Maria Viana Solorza

No. Documento: 52103524

Teléfono: 3138431645