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 07 de ENERO DEL 2020

Señores:

SENA.

Por medio de la presente, yo ORFELINA ROMERO SALLA, identificado con número de documento 50871267, 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: ORFELINA ROMERO SALLAS

No. Documento: 50871267

Teléfono: 3213732093