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 15 enero DE 2020

Señores:
C.E.D CAFAM Santa lucia
INSTITUTO CAPACITACION TECNICO LABORAL SANTA RE DE BOGOTA'

Por medio de la presente, yo Diana Marcela Chavta Monroy, identificado con número de documento 1023860648, 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: Diana Marcela Chavta Monroy.

No. Documento: 1023860648 Bta

Teléfono: 3187487785