

 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

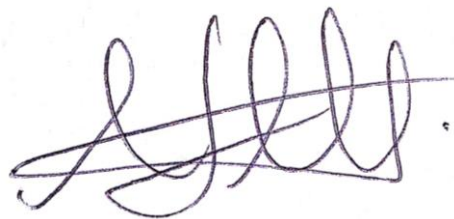
Bogotá D.C. 07 de Enero de 2020

Señores:

SUBRED SUR USS HOSPITAL MEISSEN

Por medio de la presente, yo ANGELICA LORENA MURILLO LARA identificado con número de documento CC 1018446493 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,



ANGELICA LORENA MURILLO LARA
 CC 1018446493
 MEDICO GENERAL
 TEL: 3165784678