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 Enero 14 2020

Señores:

Universidad Católica de Colombia

Por medio de la presente, yo Luz Brigitte Marin, identificado con número de documento 35421178, 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: Luz Brigitte Marin M

No. Documento: 35421178

Teléfono: 3105610555

Scanned by CamScanner

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 Enero 14 2020

Señores:

Universidad Minuto de Dios

Por medio de la presente, yo Luz Brigitte Marin M., identificado con número de documento 35421178, 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: Luz Brigitte Marin.

No. Documento: 35421178

Teléfono: 3105610555

Scanned by CamScanner