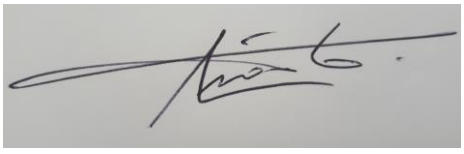
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE**	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	

Bogotá D.C Noviembre 25 de 2020

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
_____.

Por medio de la presente, yo JAIME ANDELFO ARIAS GUATTIBONZA, identificado con número de documento 91231148 de Bucaramanga _____, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente 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.



JAIME ANDELFO ARIAS GUATIBONZA
CC91231148
TEL: 3102938121