| 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 24 de noviembre 2020

Señores: Instituto de Pediatria Moscu Rusia
Universidad de la Amistad de los pueblos. Moscu Rusia
Para
Subred Integrada de servicios de Salud.

Por medio de la presente, yo Fabio A. Lancheros Naranjo, identificado con número de documento 19.208.336, 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: Fabio Alfonso Lancheros Naranjo

No. Documento: 19.208.336

Teléfono: 3057143855