ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C 23 de Noviembre de 2020

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE

Por medio de la presente, yo Mery Peña Peña, identificado con número de documento 52150208, 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: Mery Peña Peña

No. Documento: 52150208

Teléfono: 3160229221