

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MAJ LID <small>Autoridad Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN TÍTULOS	GH-ILA-FT-01 V1

Bogotá D.C. JUNIO 2020

Señores

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

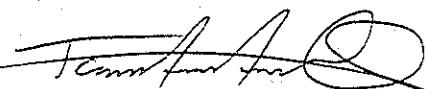
Por medio de la presente, yo TANIA ANDREA ACOSTA OLIVEROS, identificado con número de documento 52.461.338.846, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre:

No. Documento:

Teléfono:



52461338 846

3112597126.

