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 12-01-2021

Señores:

Escuela de capacitacion colombia Funcs

Por medio de la presente, yo Yeny Astrid Goova Vargas, identificado con número de documento 52290959, 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: Yeny Astrid Goova

No. Documento: 52290959

Teléfono: 3143912171

2017-12-11

Escaneado con CamScanner