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 ENERO 2021

Señores:

SUBRED SUR.

Por medio de la presente, yo LILIANA ANDREA SILVA ALDANA, identificado con número de documento 26425799, 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: LILIANA ANDREA SILVA ALDANA

No. Documento: CC 26425799

Teléfono: 3202359605