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 Enero 2021

Señores:

Subred. Integrada de servicios de Salud. Sur E.S.E.

Por medio de la presente, yo Monica Maria Tomas Naranjo, identificado con número de documento 1018450851., 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: Monica Maria Tomas Naranjo

No. Documento: 1018450851.

Teléfono: 3144446173

Escaneado con CamScanner