ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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 04-2021

Señores:

Cencadent.

Por medio de la presente, yo Sandra Patricia Garcia Echeverry, identificado con número de documento 52796716, 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: Sandra patricia Garcia Echeverry

No. Documento: 52796716

Teléfono: 3204512000

Scanned by TapScanner