

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. Diciembre 12 del 2017

Señores: APLICA PARA TÉCNICOS Y PROFESIONALES, DEBEN COLOCAR LOS DATOS DE LAS INSTITUCIONES DONDE REALIZARON LOS ESTUDIOS

Por medio de la presente, yo JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ, identificado con número de documento 1.024.514.286, 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: JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ

No. Documento : 1.024.514.286

Teléfono: 3108681657