

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SALA 100</small> <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. 16/03/2021

Señores:

Giovanny Antonio Farina

Por medio de la presente, yo Dilan Fabian Palacios Barrera, identificado con número de documento 7601188009, 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: Dilan Fabian Palacios

No. Documento: 1001188009

Teléfono: 3138013921