ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C Octubre 1 de 2024

Señores:

UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA

Por medio de la presente, yo MARTHA YADIRA OROZCO RODRIGUEZ, identificado con número de documento 51905571, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para 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.

Título Académico: PSICOLOGA

Cordialmente,

Firma
Nombre: MARTHA YADIRA OROZCO RODRIGUEZ
No. Documento: 51905571
Teléfono: 3002166659



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C Octubre 1 de 2024

Señores:

UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA

Por medio de la presente, yo MARTHA YADIRA OROZCO RODRIGUEZ, identificado con número de documento 51905571, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para 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.

Título Académico: PSICOLOGA ESPECIALISTA EN CLINICA

Cordialmente,

Firma
Nombre: MARTHA YADIRA OROZCO RODRIGUEZ
No. Documento: 51905571
Teléfono: 3002166659



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.