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

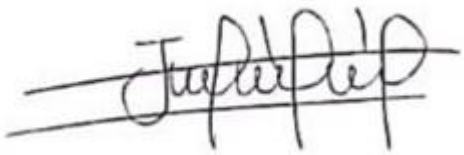
Bogotá D.C 12 de febrero de 2024

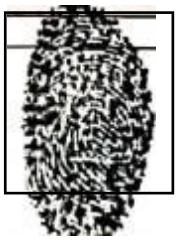
Señores: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Por medio de la presente, yo Johanna Alexandra Ávila Roncancio, identificado con número de documento 1026261254, 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: Psicología

Cordialmente,





_____
Firma
Nombre Johanna Alexandra Ávila Roncancio
No. Documento: 1026261254
Teléfono: 3168017863

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

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

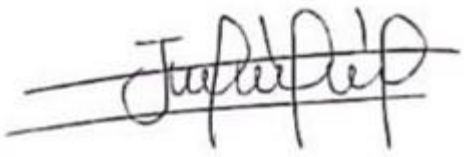
Bogotá D.C 12 de febrero de 2024

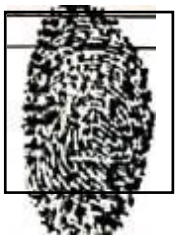
Señores: Universidad Sergio Arboleda

Por medio de la presente, yo Johanna Alexandra Ávila Roncancio, identificado con número de documento 1026261254, 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: Especialista en Gerencia en Servicios de Salud

Cordialmente,





_____
Firma
Nombre Johanna Alexandra Ávila Roncancio
No. Documento: 1026261254
Teléfono: 3168017863

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.