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, 28 SEPTIEMBRE 2024

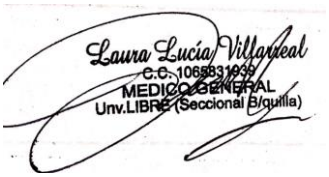
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

UNIVERDIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA

Por medio de la presente, yo LAURA LUCIA VILLARREAL CHINCHILLA, identificado con número de documento 1065831939, 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: MEDICO GENERAL

Cordialmente,





Huella

_____

Firma
Nombre LAURA LUCIA VILLARREAL CHINCHILLA
No. Documento: 1065831939
Teléfono: 3157504546

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.