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 02/10/2024

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Por medio de la presente, yo Karen Daniela García Ofalora, identificado con número de documento 1136888250, 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: médico

Cordialmente,

Firma
Nombre Karen Daniela García
No. Documento: 1136888250
Teléfono: 3144347975

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Powered by CamScanner