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. 29 de Septiembre del 2024

Señores:

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS

Por medio de la presente, yo Laura Jimena Suarez Mendez **, identificado con número de documento** 1022997176 **, 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: MAGISTER EN DESARROLLO HUMANO Y EDUCACION SOCIOAFECTIVA

Cordialmente,

Firma

Nombre Laura Jimena Suarez Mendez

No. Documento: 1022997176

Teléfono: 3214462775

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Powered by CamScanner

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. 29 de Septiembre del 2024

Señores:

UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA

Por medio de la presente, yo Laura Jimena Suarez Mendez, identificado con número de documento 1022997176, 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 Laura Jimena Suarez Mendez
No. Documento: 1022997176
Teléfono: 3214462775

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Powered by CamScanner