ALCALDÍA MAYO DE BOGOTÁ D.C SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	**CO-OPS-FT-08 V3**

Bogotá D.C 22/11/2024

Señores:

Instituto André Michellin

Por medio de la presente, yo Claudia Viviana Galindo Vargas identificado con número de documento 52236741, 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:

Bachiller academico

Cordialmente,

Claudia Galindo.

Firma
Nombre Claudia Viviana Galindo Vargas
No. Documento: 52236741
Teléfono: 3132557143

Huell



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

ALCALDÍA MAYO DE BOGOTÁ D.C SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	**CO-OPS-FT-08 V3**

Bogotá D.C 22/11/2024

Señores:

Corporacion tecnica empresarial para el trabajo

Por medio de la presente, yo Claudia Viviana Galindo Vargas identificado con número de documento 52236741, 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:

Auxiliar en enfermeria

Cordialmente,

Claudia Galindo.

Firma
Nombre Claudia Viviana Galindo Vargas
No. Documento: 52236741
Teléfono: 3132557143

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.