

Bogotá D.C. 05/12/2024

Señores:

INSTITUTO SAN JUAN DE DIOS

Por medio de la presente, yo LUISA FERNANDA MUÑOZ SÁENZ, identificado con número de documento 1023972033, 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 ACADÉMICO

Cordialmente,

Luisa Muñoz S.

Firma

Nombre LUISA FERNANDA MUÑOZ SÁENZ

No. Documento: 1023972033

Teléfono: 3134524219

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
F. 1988

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS

CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C. 05/12/2024

Señores:

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Por medio de la presente, yo LUISA FERNANDA MUÑOZ SÁENZ, identificado con número de documento 1023972033, 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: ENFERMERA

Cordialmente,

Luisa Muñoz S.

Firma

Nombre LUISA FERNANDA MUÑOZ SÁENZ

No. Documento: 1023972033

Teléfono: 3134524219

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.