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

AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS **CO-OPS-FT-08 V3**

Bogotá D.C

Señores: INSTITUCION EDUCATIVA SAN VICENTE DEL CONGO

Por medio de la presente, yo MIRLEY VASQUEZ RAMOS , identificado con número de documento 1007675412, 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,

Firma
Nombre: MIRLEY VASQUEZ RAMOS
No. Documento: 1007675412
Teléfono: 3134493124

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.