ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	**CO-OPS-FT-08 V3**

Bogotá D.C 8/ NOVIEMBRE/2024

Señores: (INSTITUTO SANTAFE DE BOGOTA)

_____.

Por medio de la presente, yo Diana carolina Guzman Tinoco, identificado con número de documento1022932594 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: TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERIA

Cordialmente,

_____
Firma
Nombre: Diana carolina GuzmanTinoco
No. Documento: 1022932594
Teléfono:3106254071

Huella



ALCALDÍA MAYOR 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 8/ NOVIEMBRE/2024

Señores: (I.E.D ACACIA II)

_____.

Por medio de la presente, yo Diana carolina Guzman Tinoco, identificado con número de documento1022932594 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,

_____

Firma
Nombre: Diana carolina GuzmanTinoco
No. Documento: 1022932594
Teléfono:3106254071

Huella

