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 Agosto 2025

Señores:
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS DE AQUINO

Por medio de la presente, yo Juan Camilo Santos Granados, identificado con número de documento _____, 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: Psicólogo

Cordialmente,

Juan Camilo Santos G.
Firma
Nombre Juan Camilo Santos Granados
No. Documento: 19493644
Teléfono: 312 3778391

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.