	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: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)
Universidad Nacional Abierta y a distancia UNAD.

Por medio de la presente, yo Liliana Rocio Galvis, identificado con número de documento 33368059, 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,

Firma
Nombre Liliana Rocio Galvis
No. Documento: 33368059
Teléfono: 3202803749

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Powered by CamScanner