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 01/08/2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Por medio de la presente, yo laura Vanessa Anzón Blanco, identificado con número de documento 1013695255, 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: Psicología

Cordialmente,

laura Anzón Blanco
Firma
Nombre laura Vanessa Anzón Blanco
No. Documento: 1013695255
Teléfono: 3114482260

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

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 01/08/2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Universidad Catolica de Colombia.

Por medio de la presente, yo laura Vanessa Pinzon Blanco, identificado con numero de documento 1013675255, 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: Especialista en Psicologia Clinica

Cordialmente,

laura Pinzon Blanco
Firma
Nombre laura Vanessa Pinzon Blanco
No. Documento: 1013675255
Teléfono: 3114482260

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.