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 12/07/2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Universidad Católica de Colombia.

Por medio de la presente, yo Daniel Alonso Granados Sanabria, identificado con número de documento 1016079430, 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 Daniel Alonso Granados Sanabria

No. Documento: 1016079430

Teléfono: 3001656831

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.