| | | |
|---|---|---|
| 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: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

INTITUCION UNIVERSITARIA POLITECNICO GRANCOLOMBIANO.

Por medio de la presente, yo SERGIO ESTEBAN CORTES ESPINOSA, identificado con número de documento 1012393931, 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: PSICOLOGO

Cordialmente,

Esteban CE

Firma
Nombre Sergio Esteban Cortes Espinosa
No. Documento: 1012393931
Teléfono: 3202069879

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Powered by CamScanner