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 08/2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

UNIVERSIDAD UNIMINUTO

Por medio de la presente, yo Ideth Patricia Cabana Carrascal, identificado con número de documento 1013675912, 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: Psicóloga

Cordialmente,

Patricia cabana

Firma
Nombre Ideth Patricia Cabana Carrascal
No. Documento: 1013675912
Teléfono: 3053477006

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Scanned with CamScanner