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 Septiembre 22 del 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Corporación Unificada de Educación Superior (CUN).

Por medio de la presente, yo Luisa Alejandra Mahecha Hurtado identificado con número de documento 1033811884, 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: Técnica profesional en Dirección y Producción de Medios audiovisuales.

Cordialmente,

Luisa Alejandra Mahecha Hurtado
Firma
Nombre
No. Documento:
Teléfono:

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Scanned with CamScanner

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 Septiembre 22 del 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Corporación Unificada de Educación Superior (CUN).

Por medio de la presente, yo Luisa Alejandra Mahecha Hurtado identificado con número de documento 1033811884, 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: Bachiller Academico

Cordialmente,

Luisa Alejandra Mahecha Hurtado
Firma
Nombre
No. Documento:
Teléfono:

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Scanned with CamScanner