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)

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA UNIMINUTO DE DIOS.

Por medio de la presente, yo Luzdary Martinez Ramirez, identificado con número de documento 52241760, 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: Psicologa

Cordialmente,

Luzdary Martinez R.

Firma
Nombre Luzdary Martinez Ramirez
No. Documento: 52241760
Teléfono: 3102125190

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Scanned with CamScanner