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)
Universidad de la Salle.

Por medio de la presente, yo Astrid del Pilar Suarez Cuevas, identificado con número de documento 51815969, 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: Trabajadora Social

Cordialmente,

Firma
Nombre Astrid del pilar suarez cuevas
No. Documento: 51815969
Teléfono: 3212036548

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Scanned with CamScanner