

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Secretaría de Salud</small></p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C Agosto del 2025

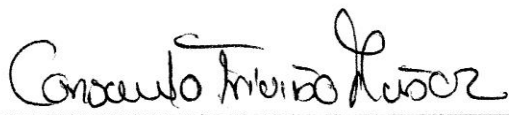
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Fundación universitaria Monserrate

Por medio de la presente, yo Consuelo Triviño Muñoz, identificado con número de documento 52763605, 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: Consuelo Triviño Muñoz

No. Documento: 52763605

Teléfono: 3107537797

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Oficina de Atención al Ciudadano</small> <small>de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C Agosto del 2025

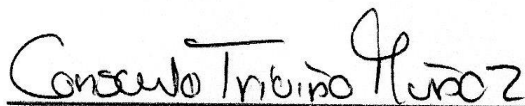
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Fundación universitaria Monserrate

Por medio de la presente, yo Consuelo Triviño Muñoz, identificado con número de documento 52763605, 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: Magister en Familia educación y desarrollo

Cordialmente,



Firma

Nombre: Consuelo Triviño Muñoz

No. Documento: 52763605

Teléfono: 3107537797

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA 183 Trámites y Servicios de los Alcaldes de Bogotá D.C.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3	

Bogotá D.C Agosto del 2025

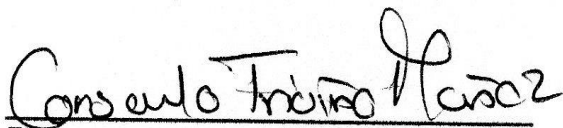
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Universidad Piloto de Colombia

Por medio de la presente, yo Consuelo Triviño Muñoz, identificado con número de documento 52763605, 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: Diplomado en redes familiares y comunitarias

Cordialmente,



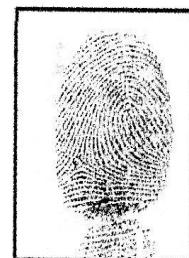
Firma

Nombre: Consuelo Triviño Muñoz

No. Documento: 52763605

Teléfono: 3107537797

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.