

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

Bogotá D.C agosto de 2025

Señores:

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

Por medio de la presente, yo YENY KATERINE ESCOBAR GOMEZ, identificado con número de documento 53.088.997, 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
YENY KATERINE ESCOBAR GOMEZ
No. Documento: 53088997
Teléfono: 3138513463

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

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

Bogotá D.C agosto de 2025

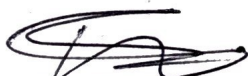
Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA MONSERRATE

Por medio de la presente, yo YENY KATERINE ESCOBAR GOMEZ, identificado con número de documento 53.088.997, 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: **ESPECIALIZACION EN EDUCACION Y ORIENTACION FAMILIAR**

Cordialmente,



Firma
YENY KATERINE ESCOBAR GOMEZ
No. Documento: 53088997
Teléfono: 3138513463

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.