| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E | **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 PEDAGÓGICA NACIONAL.

Por medio de la presente, yo CRISTIAN ARMANDO TORRES BENAVIDES, identificado con número de documento 1023035946, 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: LICENCIADO EN DEPORTE

Cordialmente,



_____

Firma
CRISTIAN ARMANDO TORRES BENAVIDES
No. Documento: 1023035946
Teléfono: 3143137699

Huella



| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | **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: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA.

Por medio de la presente, yo CRISTIAN ARMANDO TORRES BENAVIDES, identificado con número de documento 1023035946, 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: ENTRENADOR DEPORTIVO.

Cordialmente,



_____

Firma
CRISTIAN ARMANDO TORRES BENAVIDES
No. Documento: 1023035946
Teléfono: 3143137699

Huella

