

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. S.M. E.L. E. Social de Capital de Bogotá de S. de S. E. S. E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

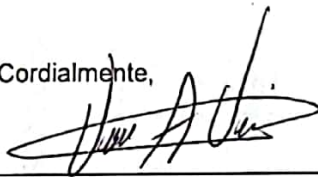
Bogotá D.C 14 de ENERO 2025

Señores: INSTITUTO DE CAPACITACION A&M INCAM.

Por medio de la presente, yo OSCAR ALIRIO VASQUEZ BUSTOS, identificado con número de documento 80.741.900, 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: TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE OFIMATICA

Cordialmente,



Firma

Nombre: OSCAR ALIRIO VASQUEZ BUSTOS

No. Documento: 80.741.900

Teléfono: 3212429792



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.