

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C. 09 - MARZO - 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

INGABO SALUD

Por medio de la presente, yo LEIDY PAOLA GARZON SANCHEZ, identificado con número de documento 1022961161, 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 AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente,

LEIDY GARZON

Firma

Nombre LEIDY PAOLA GARZON

No. Documento: 1022961161

Teléfono: 3228167428

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C. 09 - MARZO - 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

TECNISISTEMAS

Por medio de la presente, yo LEIDY PAOLA GARZON SANCHEZ, identificado con número de documento 1022961161, 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: BACHILLER ACADÉMICO

Cordialmente,

LEIDY GARZON

Firma

Nombre: LEIDY PAOLA GARZON

No. Documento: 1022961161

Teléfono: 3228167428

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.