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

Bogotá D.C _____

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Compo Aldo Acesalud
_____.

Por medio de la presente, yo Maria Alejandra Briñez Caicedo, identificado con número de documento 1001046163, 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 en Auxiliar en Enfermeria.
_____

Cordialmente,

Maria Alejandra B
Firma
Nombre Maria Alejandra Briñez Caicedo
No. Documento: 1001046163
Teléfono: 3118335137

Huella

Powered by CamScanner

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

Bogotá D.C _____

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Instituto psicopedagogico Juan Pablo II
_____.

Por medio de la presente, yo Maria Alejandra Briñez Caicedo, identificado con número de documento 1001046163, 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:
Bachillen Academico
_____

Cordialmente,

Maria Alejandra B
Firma
Nombre Maria Alejandra Briñez Caicedo
No. Documento: 1001046163
Teléfono: 3118533193.

Huella

Powered by CamScanner