 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. — 3500 — Sistema Integrado 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. 07-01-2026

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

CONFEDERACIÓN VILLAS DEL DIABLANTE

Por medio de la presente, yo Lina Maria Jaimes Landinez, identificado con número de documento 1033759013, 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,

Lina Maria Jaimes Landinez

Firma

Nombre Lina Maria Jaimes Landinez


No. Documento: 1033759013

Teléfono: 3046663713

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. 07-01-2026

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

FUSDESA

Por medio de la presente, yo Lina Maria James Landinez, identificado con número de documento 1033759013, 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: Auxiliar de enfermería

Cordialmente,

Lina Maria James

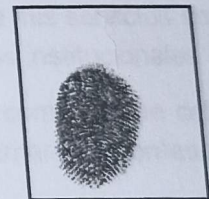
Firma

Nombre Lina Maria James Landinez

No. Documento: 1033759013

Teléfono: 3046663713

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.