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 2025

Señores:

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Por medio de la presente, yo **YENNIFFER ALEJANDRINA SANTIESTEBAN BREFF**, identificado con número de documento **1034312013**, 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: **DOCTORA EN MEDICINA**

Cordialmente,

Firma

Nombre: **YENNIFFER ALEJANDRINA SANTIESTEBAN BREFF**
No. Documento: **1034312013**
Teléfono: **3138343637**

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.