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 01 de 2025

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Por medio de la presente, yo **JENNY PAOLA GARAY BOBADILLA**, identificado con número de documento 39.806.183, 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 EN SALUD PUBLICA**

Cordialmente,



_____

Firma
JENNY PAOLA GARAY BOBADILLA
C.C No. 39.806.183
Teléfono: 310 532 29 53

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

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 01 de 2025

Señores:

ESCUELA REGIONAL TEQUEDAMA

Por medio de la presente, yo **JENNY PAOLA GARAY BOBADILLA**, identificado con número de documento 39.806.183, 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 ENFERMERIA**

Cordialmente,



_____

Firma
JENNY PAOLA GARAY BOBADILLA
C.C No. 39.806.183
Teléfono: 310 532 29 53

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.