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 10 / 2024

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Fusdesa.

Por medio de la presente, yo Oscar Ruben yate Machuca, **identificado con número de documento** 79920811, **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,

Firma
Nombre Oscar Ruben yate
No. Documento: cc 79920811
Teléfono: 3138071409

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.