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 29/09/2024

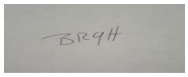
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

_____MEDISED S.A.S_____.

Por medio de la presente, yo BRAYHAN JULIAN ARDILA MONTERO__, identificado con número de documento 1010206200___, 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 AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente,





Huella

Nombre BRAYHAN JULIAN ARDILA MONTERO
No. Documento: 1010206200
Teléfono: 3125245733

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.