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 15 de abril de 2024

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS IDEAS - FORMATES

Por medio de la presente, yo LADDY ALEJANDRA CALDERON TORRES, identificado con número de documento 1000323294, 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 LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente,

laddy Calderón

_____

Firma
Nombre LADDY ALEJANDRA CALDERON TORRES
No. Documento: 1000323294
Teléfono: 3102724791

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.