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 26-09-2024

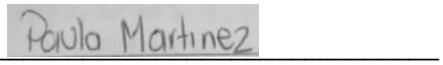
Señores:

CAMPOALTO

Por medio de la presente, yo **Paula Michel Martínez Sarmiento**, identificado con número de documento **1001271038**, 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: **Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería**

Cordialmente,



Firma
Nombre Paula Michel Martínez Sarmiento
No. Documento: c.c. 1001271038
Teléfono: 3126485268



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.