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 25 De Septiembre del 2024

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD (FUCS)

Por medio de la presente, yo Angie Vanessa Romero Gómez identificado con número de documento 1023958425, 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: Enfermera profesional

Cordialmente,

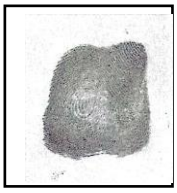


_____

Firma Nombre : Angie Vanessa romero Gómez

No. Documento: 1023958425
Teléfono: 3132085769

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.