 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SALUD</small> <small>Sistema Integrado de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C. Julio 15 de 2024


Señores:

INSTITUTO DE EDUCACION INTEGRAL DE SALUD FUNDETSALUD

Por medio de la presente, yo **JENNIFER KATERINE AGUIRRE GONZALEZ**, identificado con número de documento **1.140.915.849**, 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: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Cordialmente,

Firma 
Nombre **Jennifer Katherine Aguirre Gonzalez**
No. Documento: **1.140.915.849**
Teléfono: **3116785021**

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.