 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA EJ Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	<b>CO-OPS-FT-08 V3</b>

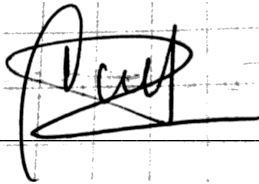
Bogotá D.C. \_\_\_\_26 de Diciembre 2024\_\_\_\_\_

Señores: CEMCA Escuela de auxiliares de enfermería

Por medio de la presente, yo Carmenza Gamboa Forero, identificado con número de documento 35512511 , 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 de Enfermería

Cordialmente,



Firma

Nombre: Carmenza Gamboa Forero

No. Documento: 35512511

Teléfono: 3106705905

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.