

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

Bogotá D.C DICIEMBRE 16 2024

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA CEMCA

Por medio de la presente, yo MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA, identificado con número de documento CC 52517201, 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 AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Cordialmente,

Johanna Mayoral \_\_\_\_\_

Firma

Nombre



Huella

No. Documento: CC 52517201

Teléfono:

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.