

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA DE E. Salud Integrada 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 27 de 2024

Señores: FUSDESA

Ciudad.

Por medio de la presente, yo **NOHORA PATRICIA SALAZAR SANTACRUZ**, identificado con número de documento 52371974, 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: **TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Cordialmente,

Firma :

Nombre :

No. Documento: 52371974

Teléfono: 3174644526

Nohora Patricia Salazar Santacruz



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.