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 16 DICIEMBRE 2024

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

FUNDACION Y DESARROLLO SOCORRISTAS FUSDESA.

Por medio de la presente, yo EVELIA CASTAÑEDA MONTAÑA, identificado con número de documento 39672736, 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 AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente,

Evelia Castañeda M.

Firma
Nombre EVELIA CASTAÑEDA MONTAÑA
No. Documento: 39672736
Teléfono: 3125738090

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.