ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 1 - OCTUBRE DEL 2024

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

ESCUELA DE SALUD FUNSDESA

Por medio de la presente, yo Leidy Johanna Rodriguez Rincon, identificado con número de documento 1033704219, 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,

Leidy Rodriguez Rincon

Firma Leidy Rodriguez Rincon
Nombre Leidy Johanna Rodriguez Rincon
No. Documento: 1033704219
Teléfono: 3103414082

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Scanned with CamScanner