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 ____**AGOSTO 2025**_____

Señores:

_____**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA** _____.

Por medio de la presente, yo ___**JENNY PAOLA TORRES ROBAYO**_____, identificado con número de documento __**1032419350**_____, 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: _____**ENFERMERA**_____

Cordialmente.

_____

Firma
Nombre **JENNY PAOLA TORRES ROBAYO**
No. Documento: **1032419350**
Teléfono: **3138946276**

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.