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 08/2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Universidad ECCI.

Por medio de la presente, yo Mayerli Rubiano Calderón, identificado con número de documento 1073712669, 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: Ingeniera Ambiental

Cordialmente,

Mayerli Rubiano

Firma
Nombre Mayerli Rubiano Calderón
No. Documento: 1073712669
Teléfono: 3123822501

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.