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 01 ENERO 2026

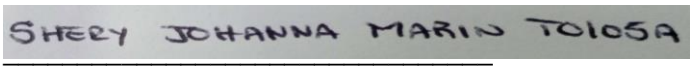
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

FUNDACION OLGA FORERO DE OLAYA

Por medio de la presente, yo SHERY JOHANNA MARIN TOLOSA, identificado con número de documento 1033729868, 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: AUXILIAR EN ENFERMERIA

Cordialmente,



Firma SHERY JOHANNA MARIN TOLOSA
Nombre SHERY JOHANNA MARIN TOLOSA
No. Documento: 1033729868
Teléfono:3107730834



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.