

	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	<b>CO-OPS-FT-08 V3</b>

Bogotá D.C 08 de febrero de 2025

Señores:

**FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION FUSDESA**

Por medio de la presente, yo Diana Paola Robayo González, identificado con número de documento 53007094, 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: Técnico laboral por competencia AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente,

  
 Firma  
 Nombre: *Diana Paola Robayo G*  
 No. Documento: *53007094*  
 Teléfono: *320 223 66 88*

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.