 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>ALCALDE: ANTONIO RIVERA</small> <small>SECRETARÍA DE SALUD: J. LUIS GARCÍA</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C. __MARZO 05 de 2025_____

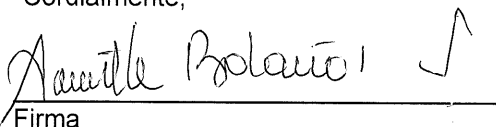
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CALI

Por medio de la presente, yo JANETH BOLAÑOS SEVILLANO, identificado con número de documento 66685395, 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: JANETH BOLAÑOS SEVILLANO

No. Documento: 66685395

Teléfono: 3173609613

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.