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 _03/11/2025_____

Señores:

Escuela de salud FUSDESA

_____.

Por medio de la presente, yo Angie Paola Quintero Franco____, identificado con número de documento 1010245598, 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 auxiliar de enfermería

_____

Cordialmente,

Firma

Nombre: Angie Paola Quintero Franco
No. Documento: 1010245598
Teléfono: 3145971927

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Scanned with CamScanner