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 Agosto _2025

Señores: ESCUELA DE SALUD FUSDESA

Por medio de la presente, yo _ Monica patricia franco _____, identificado con número de documento 52290003 _____, 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 Competencias Auxiliar De Enfermería

Cordialmente,

Firma
Nombre Monica patricia franco
No. Documento: 52290003
Teléfono:3138031045

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.