 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SALUD</small> <small>E. Serv. Integrado de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	<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 17/10/2025


Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Por medio de la presente, yo lady Johanna Martínez Reyes identificado con número de documento 53090714, 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 lady Johanna Martínez Reyes  
No. Documento: 53090714  
Teléfono:3057507374

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.