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 28/08/2025

Señores: **PRESALUD**
_____.

Por medio de la presente, yo **OLGA PATRICIA SALAMANCA CAMARGO** identificado con número de documento **51901061**, 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: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Cordialmente,

Cordialmente,

OLGA PATRICIA SALAMANCA
Firma
Nombre OLGA PATRICIA SALAMANCA CAMARGO
No. Documento: 51901.061
Teléfono: 3183737133

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.