| 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 01/08/2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Fundación de Socorristas desarrollo y accion Fusdesa

Por medio de la presente, yo Luz M. y saavedra Hilarión, identificado con número de documento 52.291.106, 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 Enfermería

Cordialmente,

Firma
Nombre Luz Nery Saavedra Hilarión
No. Documento: 52.291.106
Teléfono: 3138838634

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Powered by CamScanner