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 01 de Agosto de 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

I.E.D ALMIRANTE PADILLA

Por medio de la presente, yo **Wendy Yineth Rincón Ramos**, identificado con número de documento 1023019405, 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: Bachiller Académico

Cordialmente,

Firma
Nombre Wendy Yineth Rincón Ramos
No. Documento: 1023019405
Teléfono:3022897991

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

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 01 de Agosto de 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Fundación de socorristas desarrollo y acción FUSDESA

Por medio de la presente, yo **Wendy Yineth Rincón Ramos**, identificado con número de documento 1023019405, 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 Auxiliar en Enfermería

Cordialmente,

Firma
Nombre Wendy Yineth Rincón Ramos
No. Documento: 1023019405
Teléfono:3022897991

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.