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 DEL 2025

Señores: PREDESALUD

_____.

Por medio de la presente, yo MAYERLI SANDOVAL GONZÁLEZ identificado con número de documento 1030603201 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: TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente,



_____

Firma
Nombre MAYERLI SANDOVAL GONZALEZ
No. Documento:1030603201
Teléfono:3214290545



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, AGOSTO DEL 2025

Señores: COLEGIO TOM ADAMS

_____.

Por medio de la presente, yo MAYERLI SANDOVAL GONZÁLEZ identificado con número de documento 1030603201 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 ACADEMICO

Cordialmente,



_____

Firma
Nombre MAYERLI SANDOVAL GONZALEZ
No. Documento:1030603201
Teléfono:3214290545



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.