| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS | CO-OPS-FT-08 V3 |

Bogotá D.C Agosto 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Escuela de Salud Teresa de Calcuta

Por medio de la presente, yo Dora Zenaida Monroy Rodriguez, identificado con número de documento _____, 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 laboral en Auxiliar de enfermería

Cordialmente,

Dora Monroy Rodriguez

Firma

Nombre Dora Zenaida Monroy Rodriguez

*No. Documento:* 52739201

Teléfono: 314 224 7627

Huella



**Nota:** Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Powered by CamScanner