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 2025

Señores: (FUSDESA)

Por medio de la presente, yo MARTHA LUCIA GONZALEZ MALES, identificado con número de documento 52878901, 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 AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente,

Martha Lucia Gonzalez Males

Firma
Nombre MARTHA LUCIA GONZALEZ MALES
No. Documento: 52878901
Teléfono: 3215816168

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 2025

Señores: (CENTRO DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD)

Por medio de la presente, yo MARTHA LUCIA GONZALEZ MALES, identificado con número de documento 52878901, 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 SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Cordialmente,

Martha Lucia Gonzalez Males

Firma
Nombre MARTHA LUCIA GONZALEZ MALES
No. Documento: 52878901
Teléfono: 3215816168

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.