ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 06/01/2026

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

INSTITUTO INGABO.

Por medio de la presente, yo NATALY CAMPOS SALAZAR identificado con número de documento 53094717, 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 AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente,

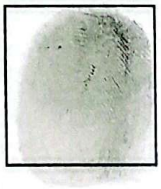
Firma

Nombre NATALY CAMPOS SALAZAR

No. Documento: 53094717

Teléfono: 3184434354

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Powered by CamScanner