

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

Bogotá D.C. 15 DE JULIO DEL 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

CAMPO ALTO.

Por medio de la presente, yo ADRIANA PATRICIA TORRES HORTUA, identificado con número de documento 52290279, 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: AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Cordialmente,

Adriana P Torres Hortua

Firma

Nombre ADRIANA PATRICIA TORRES HORTUA

No. Documento: 52290279

Teléfono: 3223124633

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.