

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA DE D. Serv. Integrado de Servicios de Salud Sur E.S.E.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3	

Bogotá D.C., 02 de Enero de 2025.

Señores:

FEE ESTUDIO EMPRESARIAL

Por medio de la presente, yo **EDWIN ARIZA VASQUEZ**, identificado con número de documento **80.215.580**, 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,



Nombre: EDWIN ARIZA VASQUEZ
No. Documento: 80.215.580
Teléfono: 300 6412337



HUELLA

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.