ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	**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)
Corporación tecnica Empresarial Para el trabajo.

Por medio de la presente, yo Maria Angelica Poloche Sanchez **identificado con número de documento** 52739551 **, 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 labaral en Auxiliar de Enfermeria

Cordialmente,

Firma
Nombre Maria Angelica Poloche
No. Documento: 52739551
Teléfono: 3204833915

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Powered by CamScanner