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**

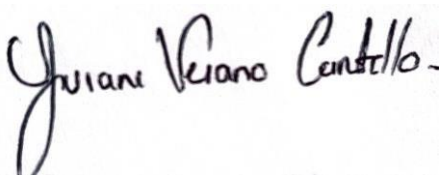
Bogotá D.C 01/08/ 2025

Señores: (ESCUELA DE SALUD FUSDESA)

Por medio de la presente, yo SINDY YURANI VERANO CANTILLO, identificado con número de documento 1.024.465.362, 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: Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería

Cordialmente,



Huella 

_____

Firma
Nombre Sindy Yurani Verano Cantillo
No. Documento: 1.024.465.362
Teléfono: 3219327768

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.