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 31 de octubre de 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

PredeSalud

Por medio de la presente, yo Luz Angela martin rojas, identificado con número de documento 1023006765, 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 laboral en auxiliar de enfermeria

Cordialmente,

Angela martin
Firma
Nombre luz Angela martin rojas
No. Documento: 1023006765
Teléfono: 3114973265

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.