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 09 JULIO 2026

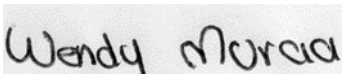
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Corporación Educativa Humanar

Por medio de la presente, yo **Wendy Johanna Murcia**, identificado con número de documento **1010216307**, 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 auxiliar de enfermería**

Cordialmente,



Firma
Nombre **Wendy johanna murcia**
No. Documento: **1010216307**
Teléfono: **3224597483**

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.