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 _____04/Junio/2026_____

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

_____Fundacion Universitaria Del Area Andina _____

Por medio de la presente, yo ____Heidi Yasmin Quiceno Rincon_____identificado con número de documento _1024478105____, 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: _____Enfermera Profesional _____

Cordialmente,



_____

Firma
Nombre Heidi Yasmin Quiceno Rincon
No. Documento: 1024478105
Teléfono: 3237991040



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Scanned with CamScanner