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 15/10/2025.

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Pontificia Universidad Javeriana.

Por medio de la presente, yo INGRITH LORENA CASTILLO DAZA, identificado con número de documento 1007407626., 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

Cordialmente,

Ingrith Lorena Castillo Daza.

Firma
Nombre INGRITH LORENA CASTILLO DAZA.
No. Documento: 1007407626.
Teléfono: 3105105924.

Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.