

|                                                                                                                      |                                                         |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|
| <br>ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C. | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b> |                        |
|                                                                                                                      | <b>FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>     | <b>CO-OPS-FT-07 V1</b> |

Bogotá D.C 30 de Diciembre 2017

Señores:

**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE SENA**

Por medio de la presente, yo **JORGE LUIS PEÑUELA CHAVEZ**, identificado con número de documento **1032447360**, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a 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.

Cordialmente,

Nombre: Jorge Luis Peñuela Chávez

No. Documento: 1032447360

Teléfono: 3204271503