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 08/2025

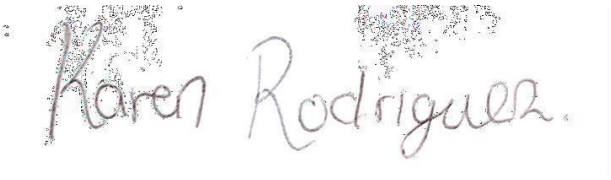
Señores: Predesalud

_____.

Por medio de la presente, yo Karen Julieth Rodriguez Peña, identificado con número de documento CC 1007856252, 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 laboral en auxiliar en enfermería

Cordialmente,



_____
Firma
Nombre: Karen Julieth Rodriguez Peña
No. Documento: 1007856252
Teléfono: 3227861822

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.