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 _____Agosto 2025_____

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA_____.

Por medio de la presente, yo _____Miguel Camilo Gutiérrez Ruiz_____, iden□ficado con número de documento ___1022377593____, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respec□va verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la en□dad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: _____Técnico en Mantenimiento de Equipos de Cómputo_____

Cordialmente,

_____

Firma
Nombre Miguel Camillo Gutiérrez Ruiz
No. Documento: 1022377593
Teléfono: 3192384104

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada □tulo académico presentado.