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

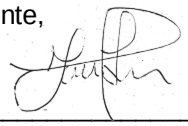
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Jose Manuel Restrepo.

Por medio de la presente, yo Hector Andres León, identificado con número de documento 1024480246, 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: _____

Cordialmente,



Firma
Nombre Hector Andres León
No. Documento: 1024480246
Teléfono: 3238321104

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.