

|                                                                                   |                                                  |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E |                 |
|                                                                                   | AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS             | CO-OPS-FT-08 V3 |

Bogotá D.C. 29/08/2025

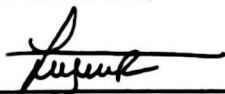
Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Universidad Pedagógica Nacional

Por medio de la presente, yo Fari Steven Rodríguez Vega, identificado con número de documento 1012422618, 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: Licenciado en Artes Escenicas

Cordialmente,



Firma  
Nombre Fari Steven Rodríguez Vega  
No. Documento: 1012422618  
Teléfono: 311 261 9720

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.