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 julio 2025

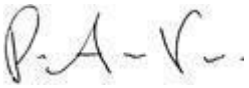
Señores:

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

Por medio de la presente, yo PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA identificado con número de documento 1022981508, 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: TRABAJADORA SOCIAL

Cordialmente,



_____

Firma
Nombre PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA
No. Documento: 1022981508
Teléfono: 3134141450



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.