ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

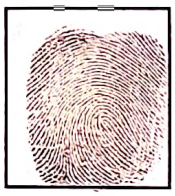
Por medio de la presente, yo Leonardo Alfonso Aranguren Estepa, identificado con número de documento 1049622336, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: Médico Veterinario Zootecnista

Cordialmente,

Firma
Nombre Leonardo Alfonso Aranguren Estepa
No. Documento: 1049622336
Teléfono: 3138490690

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.