

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA DE D. Serv. Integrado de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E. S.E	
AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3	

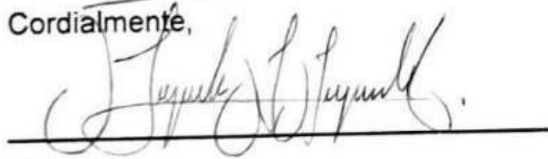
Bogotá D.C AGOSTO DE 2025

Señores: MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Por medio de la presente, yo Augusto Abelardo Angarita Arevalo, identificado con número de documento 19.452.516, 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: _Medico General

Cordialmente,



Firma

Nombre Augusto Abelardo Angarita Arevalo

No. Documento: 19452516

Teléfono: 3162674418



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.