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 ___31 DE OCTUBRE DEL 2025

Señores: INSTITUTO INGABO SALUD

Por medio de la presente, yo __**ANGELICA YARLEY RODRIGUEZ GARCIA** identificado con número de documento _____1010196091 , 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: _____TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente,

Yarley Rodriguez

Firma
Nombre Angelica Yarley Rodriguez Correa
No. Documento: 1.010.196.091
Teléfono: 3016566938

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.