

BOGOTA 30 MARZO 2023

SEÑORES

**SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE
Y FUNDACION SALUD
CIUDAD**

ASUNTO: VERIFICACION DEL TITULO

YO RAFAEL MARTIN SUAREZ ARAMBULA AUTORIZO MEDIANTE EL
PRESENTE DOCUMENTO PARA QUE SE GESTIONE Y OBTENGA LA
VERIFICACIÓN DE LOS TÍTULOS ACADEMICOS EL CUAL ME FUERON
OTORGADOS, PARA LO QUE ESTIMEN PERTINENTE.

CORDIAL SALUDO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rafael Martin Suarez Arambula', written over a horizontal line.

RAFAEL MARTIN SUAREZ ARAMBULA

C.C. No. 13.491.094 de CUCUTÁ

TEL 310 8083165