

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C. Agosto, 2025

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Pontificia Universidad Javeriana

Por medio de la presente, yo Camila Andrea Delgado Sanchez, identificado con número de documento 1'018.496.899, 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: Nutricionista Dietista

Cordialmente,

Camila Andrea Delgado S

Firma

Nombre Camila Andrea Delgado Sanchez
No. Documento: 1018.496.899
Teléfono: 3125387076

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.