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 Agosto 2025

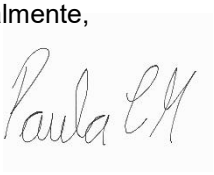
Señores:

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Por medio de la presente, yo PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE, identificado con número de documento 1013681679, 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,



_____

Firma
Nombre: PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE
No. Documento: 1013681679
Teléfono: 3222388299

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.