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: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

CORPORACION UNIVERSITARIA CENDA.

Por medio de la presente, yo **DORA PATRICIA MENESES SUAREZ**, identificado con número de documento **52.130.241 de Bogotá**, 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: LICENCIADA EN EDUCACION BASICA CON ENFASIS EN EDUCACION ARTISTICA

Cordialmente,



Firma
Nombre Dora Patricia Meneses Suarez
No. Documento: 52.130.241 de Bogotá
Teléfono: 301 686 07 60

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.