ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: (FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA)

_____.

Por medio de la presente, yo Nidya Patricia Marquez Cusides, identificado con número de documento 52634 397, 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: Ingeniero Industrial de Alimentos.

Cordialmente,

Firma
Nombre Nidya Patricia Marquez Cusides
No. Documento: 52634 397
Teléfono: 3123318854

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.