 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. S.M. 1.2.1 "Yo puedo hacer más por Bogotá"	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C 01 de Enero de 2026

Señores: CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON

Por medio de la presente, yo CINDY LORENA CASTRO CASTILLO, identificado con número de documento [REDACTED], 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: CONTADOR PUBLICO

Cordialmente,

[REDACTED]

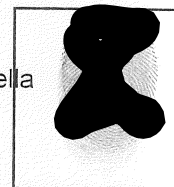
Firma

Nombre CINDY LORENA CASTRO CASTILLO

No. Documento [REDACTED]

Teléfono [REDACTED]

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.