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., 01 de agosto de 2025

Señores:

COLEGIO RURAL EL UVAL

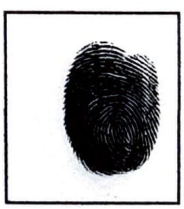
Por medio de la presente, yo **Zharik Juliana Ardila Ramírez**, identificado con número de documento **1.022.924.054**, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: **bachiller académico**

Cordialmente,

Firma
Nombre: Zharik Juliana Ardila Ramírez
No. Documento: 1.022.924.054
Teléfono: 3208536287

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

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., 01 de agosto de 2025

Señores:

SENA

Por medio de la presente, yo **Zharik Juliana Ardila Ramírez**, identificado con número de documento **1.022.924.054**, 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: **Tecnólogo en Análisis y Desarrollo de Sistemas de Información**

Cordialmente,

Firma
Nombre: Zharik Juliana Ardila Ramirez
No. Documento: 1.022.924.054
Teléfono: 3208536287

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.