

El (la) suscrito (a) \_\_\_\_\_ identificado (a) con  
C.C.\_\_\_\_ C.E.\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ expedido(a) en \_\_\_\_\_,  
mediante el presente documento y de manera libre y voluntaria, de conformidad con lo establecido en  
la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, autorizo a Terapias Catherin Tatiana Jiménez  
S.A.S para realizar el proceso de verificación del siguiente título académico:

Programa: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_

En constancia se suscribe la presente autorización en la ciudad de \_\_\_\_\_, a  
los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

No. Documento \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_