



TALENTO HUMANO
FORMATO DE AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULO

CODIGO: 004-CTJD-TH-FO-AVT

VERSION: 01

FECHA: 03/01/2024

PAGINA: 1-1

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: _____