



Señores:

SECRETARIA DE EDUCACION DE SOACHA

Ciudad

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACION DE INFORMACIÓN ACADÉMICA

Respetados señores:

Yo, _____ identificado(a) con cédula No. _____ de _____, mediante el presente documento, de manera libre y espontánea, autorizo a la SECRETARIA DE EDUCACION DE SOACHA, para que dentro del proceso de admisión y/o actualización de datos de información académica, se valide la veracidad sobre los títulos de pregrado y/o postgrado, o en caso de requerirse el de bachiller por mí presentados.

Título

Institución Educativa _____
Fecha de grado _____
No. Acta de grado _____ No. de folio _____ No. de libro _____
Titulo extranjero No de Resolución de Convalidación _____

Título

Institución Educativa _____
Fecha de grado _____
No. Acta de grado _____ No. de folio _____ No. de libro _____
Titulo extranjero No de Resolución de Convalidación _____

Título

Institución Educativa _____
Fecha de grado _____
No. Acta de grado _____ No. de folio _____ No. de libro _____
Titulo extranjero No de Resolución de Convalidación _____

Nota: De igual forma, con la firma del presente documento doy mi consentimiento previo para revocar el acto administrativo de mi nombramiento, en caso que la Institución Educativa no dé respuesta favorable frente a la verificación de mis títulos (*artículo 97, Ley 1437 de 2011*).

Firma _____
CC _____
Nombre _____
Número Teléfono de contacto _____
E-mail _____

