

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V1

Bogotá D.C. 15-01-2020

Señores:

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud

Por medio de la presente, yo Luz Angela Rey Paez, identificado con número de documento 52027017, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a 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.

Cordialmente,

Luz Angela Rey Paez
 Nombre: Luz Angela Rey Paez
 No. Documento: 52027017
 Teléfono: 31534154109