

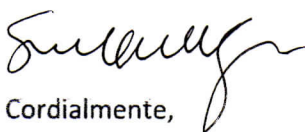
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. Enero 2020

Señores:

Fundación Universitaria del Area Andina

Por medio de la presente, yo Sandra Milena Garzón Garzón, identificado con número de documento 52 426 649, 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,

Nombre: Sandra Milena Garzón Garzón

No. Documento: 52 426 649 35T

Teléfono: 318 804 21 03