

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

Bogotá D.C. BOGOTÁ DICIEMBRE 26 DE 2019.

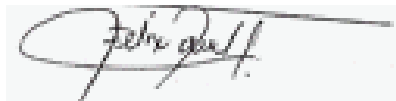
Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

---

Por medio de la presente, yo FELIX JOSE AVILA LOZANO, identificado con número de documento 79253984, 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: FELIX JOSE AVILA LOZANO

No. Documento: 79253984.

Teléfono: 3115223646