

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD E. Serv. Integrado de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E. S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Mayo del 2025, Bogotá D.C.

Señores: Fundación Universitaria del Área Andina

Por medio de la presente, yo Laura Sol Angie Reina Rodríguez, identificado con número de documento N. 1073384969, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para 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.

Título Académico: Especialista en Epidemiología

Cordialmente,



Firma
Nombre: Laura Sol Angie Reina Rodríguez
No. Documento: 1073384969
Teléfono: 3102263565

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.