ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C 12-Diciembre-2017

Señores:

Colegio Ciudad de Bogotá Institucion Educativa Distrital

Por medio de la presente, yo Degni Juliet Vega Muelle, identificado con número de documento CC 1033732601, 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: Degni Juliet Vega Muelle

No. Documento: CC 1033732601

Teléfono: 3156741603

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C 12 · Diciembre · 2017

Señores:

Corporacion Universitaria Minuto de Dios

Por medio de la presente, yo Degni Juliet Vega Muete, identificado con número de documento cc 1033732601, 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: Degni Juliet Vega Muete

No. Documento: cc 1033732601

Teléfono: 3156714603