ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios 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 Enero 2020

Señores:

Universidad Manuela Beltrán.

Por medio de la presente, yo Claudia Irene Segura Vera, identificado con número de documento 52211514, 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: Claudia Irene Segura Vera

No. Documento: 52211514

Teléfono: 3012832313

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios 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 Enero 2020

Señores:

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.

Por medio de la presente, yo Claudia Irene Segura Vera, identificado con número de documento 52211514, 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: Claudia Irene Segura Vera

No. Documento: 52211514

Teléfono: 3012832313