BOGOTA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Bogotá D.C., 29 DE ABRIL 2021

Señores: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Dirección: CALLE 9 #39-46 Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confimar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculacion ylo contratación, con Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres
OSCAR ARVEY POVEDA TORRES Documento de Identidad
1023032966 Título otorgado
BACHILLER ACADEMICO Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta
27 DE NOVIEMBRE 2015 Ciudad de expedición del titulo
BOGOTAD.C Por favor, sirvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO Dirección: calle 19a # 34-94 Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

Director DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit No 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4o de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi titulo, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.

Atentamente,

FIRMA

oscar poveda NOMBRE DEL COLABORADOR: OSC**AR ARVEY POVEDA TORRES**
CEDULA: 1023032966

Calle 9 No. 39-46 Conmutador, 7560505
Ext: 1008 www.Subredsurocadente gov.co cim Dartet 111619
ACANA meno

Escaneado con CamScanner

BOGOTA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Bogotá D.C., 17 DE DICIEMBRE 2020

Señores: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E Dirección: CALLE 9 #39-46 Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confimar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación *y/*o contratación, con

la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres

OSCAR *A*RVEY POVEDA TORRES Documento de Identidad

1023032966 Título otorgado

TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA Fecha del diploma y*lo* Acta - No. de Acta

23 DE FEBRERO 2018 Ciudad de expedición del titulo

BOGOTA D.C Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO Dirección: calle 192 # 34-94 Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

Director DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4o de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi titulo, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.

Atentamente,

FIRMA

oscar

poveda

NOMBRE DEL COLAB**ORADOR: OSCAR ARVEY POVEDA TORRES** CEDULA: 1023032966

*r*om Drest 111611
ACANA MAYOR

Escaneado con CamScanner