ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C., 17 de Junio de 2021

Señores: **UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA**

Dirección: **Calle 28 5B 02**

Ciudad: **Bogotá**

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 confirmar 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	**ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA**
Documento de Identidad	**1030570201**
Título otorgado	**BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**27 -06-14 acta 208**
Ciudad de expedición del titulo	**Bogotá**

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 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 N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación delmismo.
Atentamente,

FIRMA

Astrid J. clavijo V.

NOMBRE DEL COLABORADOR: ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA
CEDULA: 1030570201

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C., 17 de Junio de 2021

Señores: **COLEGIO DISTRITAL SILVERIA ESPINOSA DE RENDON**

Dirección: **CRA 58 # 9-51**

Ciudad: **Bogotá**

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 confirmar 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	**ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA**
Documento de Identidad	**1030570201**
Título otorgado	**BACHILLER ACADEMICO**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**13-12-2006 ACTA N° 036 FOLIO # 04**
Ciudad de expedición del titulo	**Bogotá**

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 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 N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación delmismo.
Atentamente,

FIRMA

Astrid J. clavijo V.

NOMBRE DEL COLABORADOR: ASTRID JOHANNA CLAVIJO VIGOYA
CEDULA: 1030570201