



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E.

Bogotá D.C.,

Señores:
Complejo Educativo Metropolitano

Dirección:
Av. 1 de Mayo #71D-39

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 título 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	Katerine Tatiana Ortiz Morales
Documento de Identidad	1010234197
Título otorgado	Tecnico Criminalistica
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	07 Agosto 2018
Ciudad de expedición del título	Bogota DC

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

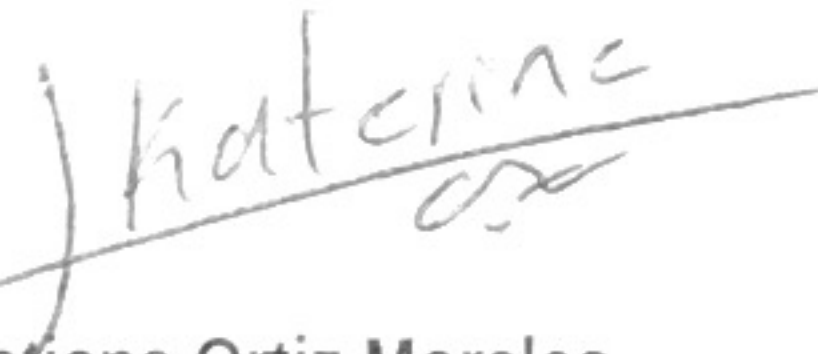
Atentamente,

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

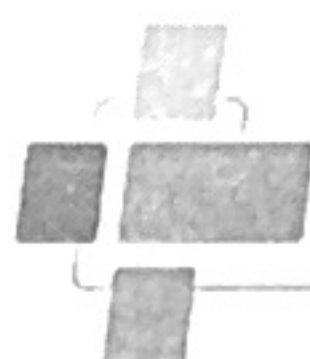
Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.

Atentamente,

FIRMA


Katerine Tatiana Ortiz Morales
CC 1010234197

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195



Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.