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

Bogotá., 09 de Julio de 2021

Señores: UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

Dirección: Carrera 59 No. 59-65

Ciudad: Barranquilla

Asunto: Verificación de título profesional

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** | GINA MARCELA ALFONSO VARGAS |
| **Documento de Identidad** | 1032453051 |
| **Título otorgado** | ENFERMERA |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 10/12/2015 - 16492 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | BARRANQUILLA |

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**



_____

**NOMBRE DEL COLABORADOR**
**CEDULA**

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

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