ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Bogotá D.C.,

Señores:
CORPORACION DE EDUCACION SAN JORGE CESCO
Dirección:
CARRERA 10 # 18 – 54 SUR
Ciudad:
BOGOTA D.C

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	CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY
Documento de Identidad	900131-50205
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	18/12/2011 FOLIO N° 42
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 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

CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY
CEDULA 1.023.892.621 DE BOGOTA D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Bogotá D.C.,

Señores:
COLEGIO SUR ORIENTAL PANAMERICANO
Dirección:
CALLE 39 A SUR # 3C – 45 ESTE B
Ciudad:
BOGOTA D.C

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	CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY
Documento de Identidad	900131-50205
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01/12/2007 ACTA N° 50
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 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

CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY
CEDULA 1.023.892.621 DE BOGOTA D.C.